

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 166

LES CHANCRES MOUS EXTRA-GÉNITAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 26 Juillet 1935

PAR

Jean-René DUBROCA

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale
de l'Université de Bordeaux

né à Arès (Gironde), le 19 juillet 1908

Examineurs de la Thèse

{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>	}
	BONNIN, professeur	<i>Juges</i>	
	PIÉCHAUD, agrégé		
	JOULIA, agrégé		

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, rue du Peugue

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 166

LES CHANCRES MOUS EXTRA-GÉNITAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 26 Juillet 1935

PAR

Jean-René DUBROCA

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale
de l'Université de Bordeaux

né à Arès (Gironde), le 19 juillet 1908

Examineurs de la Thèse

{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
	BONNIN, professeur	} <i>Juges</i>
	PIÉCHAUD, agrégé	
	JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, rue du Peugue

1935

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC
 Assesseur..... M. LABAT
 Doyen honoraire M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
 RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	ROCHER
Clinique chirurgicale....	DUPERIE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	BEGOUIN.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales.....	GUYOT.	Physique médicale et pharmacologique.....	C. SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	CARLES.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques.....	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	ANDERODIAS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	PETGES.
Anatomie.....	SABBAZES.	Clin. des mal. des voies urinaires..	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie.....	VILLEMIN.	Clinique des maladies nerveuses et mentales....	ABADIE
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie.....	LEURET.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LANDE	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX
Chimie.....	RÉCKOU.	Clinique dentaire.....	N.
Botanique et matière médicale.....	CHELLE.		
Pharmacie.....	GOLSE.		
Zoologie et parasitologie.	DUPOUY.		
Médecine expérimentale..	MANDOUL.		
Clinique ophtalmologique.	AUBERTIN.		
	TEULIERES.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
 PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale.....
Anatomie.....	DUFOUR.	
Physiologie.....	FABRE.	
		Obstétrique
		Ophthalmologie
		Oto-Rhino-Laryngologie
Médecine générale.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....
	PIECHAUD.	
	DELMAS-MARSALET.	Physique médicale.....
	DE GRAILLY	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie..
	FONTAN	

	CHARRIER.
	LOUBAT.
	RIVIERE.
	BEAUVIEUX
	DESPONS
	JOULIA.
	WANGERMEZ
	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Physiologie	FABRE	Ophthalmologie	CABANNES (en congé)
Médecine opératoire	F. PAPIN	Puériculture	FAUGERE.
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	VITE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		Botanique	GIRARD.
MM. N.			

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE — A MA MERE

Qui, par leurs grands sacrifices, ont fait de moi ce que je suis.

Bien faible témoignage de ma reconnaissance infinie.

A LA MEMOIRE DE MON PARRAIN

Mort au Champ d'Honneur.

A MON ONCLE — A MA TANTE CASTANDET

En souvenir de toutes leurs bontés.

A MON COUSIN — A MA COUSINE

A MES AMIS

AU DOCTEUR R. ESBELIN

*En souvenir de notre vieille
amitié.*

AU DOCTEUR ANDRÉ PETGES

EX-CHEF DE CLINIQUE DU SERVICE DE DERMATOLOGIE
ET SYPHILIGRAPHIE

*Qui nous a inspiré le sujet
de ce travail.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon cher maître,

C'est avec joie que je peux aujourd'hui vous exprimer toute mon admiration et toute ma reconnaissance. A côté du maître vénéré de tous, qui sait faire apprécier sa haute conscience professionnelle, vous vous êtes montré à mon égard d'une bienveillance toute paternelle.

Vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider ma thèse ; veuillez trouver dans ce modeste travail, l'expression de ma vive gratitude et de mon indéfectible dévouement.

INTRODUCTION

La question du chancre mou, considérée naguère comme un sujet de peu d'intérêt, prit ces dernières années une ampleur que les anciens auteurs n'avaient pu soupçonner.

Sous l'impulsion de Reenstierra, Nicole et Durand, Teissier, Reilly et Rivalier, le chancre mou, fit l'objet de nombreux travaux et de nombreuses communications.

Nous nous proposerons, dans ce travail, d'étudier la question du chancre mou extra-génital, localisation considérée comme fort rare.

Cela peut surprendre à première vue, étant donné la facilité avec laquelle s'inocule cette affection. Toutefois si les cas de chancres mous extra-génitaux sont peu fréquents, ils ne sont pas exceptionnels; et si les auteurs ne les rencontrent que rarement, c'est que souvent ils les cherchent avec des signes qu'ils n'ont pas et qu'ils ne pensent pas assez à l'intradermo-réaction au Dmelcos.

Nous essayerons donc de dégager, d'après les observations recueillies, les signes particuliers à chaque localisation. Nous avons publié les observations trouvées éparses dans la littérature, rassemblant dans une statistique générale les cas déjà groupés dans les travaux précédents. Nous passerons rapidement sur les méthodes délaissées aujourd'hui au point de vue diagnostic et thérapeutique pour nous appesantir davantage sur les méthodes nouvellement employées.

HISTORIQUE DU CHANCRE MOU EXTRA-GÉNITAL

L'histoire du chancre mou extra-génital, se confond avec celle du chancre mou. Avant le x^ve siècle, le chancre simple paraît exister, et être décrit comme une maladie spéciale avec ses complications.

Hippocrate avait déjà mentionné les bubons de l'aîne survenant à la suite d'ulcérations des organes génitaux.

Le premier, Celse nous donne une bonne définition du chancre et de ses complications, maladie qui, d'après lui, était décrite par les Grecs. Il n'indique pas les causes, mais s'excusant d'avoir à traiter ce sujet, il nous indique que ces maladies étaient tenues secrètes à Rome.

On le trouve mentionné comme une maladie très commune et déjà exploitée par les charlatans aux xiii^e et xiv^e siècles. Mesne, Avenzoar, Albucasis, décrivent des « ulcères corrosifs et serpigineux de la verge »; mais c'est aux Arabes que nous devons les plus précieux documents.

Avant la fin du x^ve siècle apparaît une maladie nouvelle la syphilis qu'« aucun siècle, écrit Sabellicus, n'avait éprouvé, jusque-là; presque la vingtième partie du genre humain fut atteinte ».

Pourtant les partisans de l'ancienneté de la syphilis crurent la reconnaître dans la lèpre du Lévitique, dans les ulcères de Job, dans l'éruption qui, au dire de Tacite, déformait la face de Tibère. En fait ce n'est que vers 1495 qu'elle fit son apparition en Europe, répandant l'effroi parmi les populations. Le nombre des malades augmentait avec une rapidité déconcertante, n'épargnant « ne couronne, ne crosse ». La vérole frappait jusqu'aux monarques les plus puissants : François I^{er}, Charles-Quint, Henri VIII, sans oublier l'évêque de Ségovie et le pape Alexandre VI.

En 1495, le médecin vénitien Benedictus accuse les astres dont « la maligne influence avait créé cette maladie, fruit nouveau ou du moins inconnu des anciens ».

Il est à remarquer toutefois qu'au moment de l'épidémie du x^v^e siècle les médecins ne confondaient pas le chancre nouveau (syphilitique) avec l'ulcération ancienne (chancre mou).

Ce n'est qu'en 1508 que Georges Vella, le premier, commit la grave erreur d'englober le chancre simple dans la vérole, le mettant au nombre de ses symptômes. L'erreur va grossir encore et en 1551, Musa Brassavole englobe pareillement la blennorrhagie conçue du temps de Moïse, dans la même unité morbide. La gale même, sans compter l'herpès, les végétations, etc..., furent englobés sous un même nom « le mal vénérien ».

Le véritable novateur dans l'étude des maladies vénériennes fut Hunter, qui, en 1876, eut l'idée d'avoir recours à l'expérimentation. Il reconnut le premier que parmi les lésions vénériennes les unes sont réinoculables au malade, les autres non réinoculables. Seulement il en tira cette singulière conclusion que les premières sont seules contagieuses et que les secondes ne le sont pas. Les résultats mal interprétés égarèrent toute une génération de savants, dont quelques-uns passent pour les plus illustres de notre pays (Rollet).

Pendant ce temps, en Angleterre, Wallace, en 1835, inocula un individu sain, en partant de plaques muqueuses et syphilides pustuleuses. Les résultats qui furent tous positifs détruisaient la doctrine huntérienne.

En 1852, Bassereau, élève de Ricord, défendit la théorie de la pluralité du virus chancreux, pressentie par Carmichael. Grâce à Deday, Rollet, Dron, et malgré les violentes critiques des unicistes, le chancre mou acquiert enfin son individualité. Cependant Auzias-Turenne, inoculant des chancres aux animaux, pense leur communiquer une syphilis atténuée et, croyant à l'immunité acquise après plusieurs inoculations, propose la vaccination humaine appelée : syphilisation. Cette méthode fut condamnée par l'Académie.

Enfin, avec Rollet, Fournier et leurs élèves, les faits se précisent, les conclusions s'imposent : « Le chancre mou est différencié du chancre induré; le chancre mixte est nettement classé dans la nosologie médicale ».

En 1889, Ducrey décrit son streptobacille qu'Unna retrouve en 1892, dans des coupes microscopiques.

Nicole publie ensuite ses résultats d'inoculation du chancre mou au singe. Enfin, en 1900, Besançon, Griffon, Le Sourd, cultivent le streptobacille sur un milieu à la gélose au sang de lapin.

Jusqu'en 1923, le chancre mou est considéré comme une maladie purement locale; ce n'est qu'à partir des travaux de Reenstierna que l'on fut amené à une conception différente, et à une thérapeutique nouvelle biologique, générale.

GÉNÉRALITÉS

Depuis la découverte de Schaudin et celle de Ducrey-Unna on constate une diminution tranchée dans le nombre de cas de localisation extra-génitale du chancre mou.

Pétersen, sur 5.363 cas observés par lui, et sur 3.954 cas recueillis chez Ricord, Fournier et Debouge, en cite 96 d'extra-génitaux. Si on élimine les 83 cas où l'infection s'est produite bien qu'indirectement pendant le coït, il ne reste plus pour les chancres-mous extra-génitaux que 13 cas, c'est-à-dire 0,13 %.

Sur 2.084 cas observés par Gay chez l'homme, il constate 14 cas d'extra-génitaux alors que sur 325 observés chez la femme il y a 30 cas d'extra-génitaux; Cheinisse, sur 3.956 cas pris dans une bibliographie française, cite 99 cas de chancre extra-génital.

Sinani et Chapiro, sur 2.858 cas observés à l'institut Glavtché en l'espace de 10 ans, ne citent que 4 cas d'extra-génitaux soit une proportion de 0,14 %. Donc bien que le chancre mou soit remarquable par l'extrême virulence qu'il possède à s'inoculer rapidement, la localisation extra-génitale est malgré tout assez rare.

Étiologie. — Le chancre mou présente le caractère particulier aux affections virulentes de ne reconnaître en aucun cas d'autre genèse que la contagion.

« Si donc, dit Jullien, il arrivait par impossible, qu'à un jour donné, tous les sujets affectés de chancres simples s'abstinssent de rapports jusqu'à la guérison, la maladie s'éteindrait d'elle-même faute d'aliments ». La chancrelle est donc une affection purement vénérienne. Il en est de même de la chancrelle extra-génitale, qui dans la majorité des cas, peut

être, soit une maladie vénérienne primitive, soit une maladie vénérienne secondaire.

Le chancre mou extra-génital, maladie vénérienne primitive (pas de chancre génital), est une affection peu fréquente. On la rencontre presque exclusivement à la face, et reconnaît presque toujours pour cause des rapports génitaux buccaux.

Chatin cependant, cite le cas d'une femme atteinte de chancres simples de la joue, occasionnés par les égratignures d'une autre femme qui avait volontairement imprégné ses doigts de pus.

Yauchek a présenté en 1913 à la Société de Dermatologie d'Odessa un chancre mou de la commissure externe de l'œil transmis par le cold-cream dont se servait en même temps, le mari contaminé pour en enduire l'ulcère se trouvant sur la verge et la femme pour s'en enduire le visage.

Frei communique le cas d'un malade, porteur d'un chancre mou, qui, au cours d'une querelle, a frappé à la racine du nez un malade atteint de blennorrhagie. Un chancre mou est apparu ultérieurement, sur la blessure consécutive au coup. Tous ces cas sont certainement rares : et les observations de chancres extra-génitales primitives, que certains auteurs ont communiquées, avait plutôt un siège péri-génital, qu'extra-génital. C'est ainsi que les chancres des régions anales et pubiennes sont relativement fréquents.

Le chancre mou extra-génital secondaire se rencontre beaucoup plus souvent. La co-existence d'un chancre génital est ici la règle. La contamination se fait au niveau d'une plaie de téguments, par grattage, vêtements souillés, objets de pansements.

C'est ainsi que dans une observation de Fournier nous voyons un malade contracter un vaste chancre du mollet, en grattant avec ses mains souillées de pus, une petite égratignure qui s'y trouvait.

Gaucher cite le cas d'une auto-inoculation par grattage, chez un malade atteint de gale et phtiriasse. Nous avons pu

relever l'observation d'une blanchisseuse partageant la chambre de huit prostituées et dormant dans leur lit souillé de pus. Elle voit apparaître une ulcération typique du genou avec présence de bacilles de Ducrey.

Mais quel que soit le mode de contagion, il faut, pour que l'ulcération chancrelleuse se produise, que le pus soit mis en contact avec une solution de continuité des tissus tégumentaires.

Enfin il nous reste les chancres extra-génitaux d'origine accidentelle : c'est surtout le cas des contaminations professionnelles des médecins, des sages-femmes, des infirmiers.

Tout cela nous indique, que le chancre mou extra-génital est peu fréquent, rare même. Son diagnostic devient donc difficile, d'autant plus difficile que l'on n'y pense pas, et que les caractères ne sont pas de ceux qui s'imposent.

Nous essayerons donc, dans les chapitres qui vont suivre, d'indiquer d'abord les signes des chancres mous en général et les signes particuliers à chaque catégorie.

CARACTERES GÉNÉRAUX DES CHANCRES MOUS.

Nous voulons, dans un court résumé, indiquer succinctement les signes habituels, classiques, du chancre mou.

Inoculation : De 24 h. à cinq jours.

Période de début : Si nous inoculons du pus chancrelleux à la lancette, le début se fera par une pustule ; mais si le pus est déposé sur une solution de continuité de l'épiderme, cas qui est le plus fréquent, le début se fera par une ulcération.

Cette dernière se présente, en petit, comme celle que nous décrivons à la période d'état.

Cependant le chancre des muqueuses, se borne à une simple ulcération, dont les bords sont de niveau avec les parties voisines, et en général ulcération de peu d'étendue.

Au contraire, le chancre cutané se manifeste sous la forme d'une pustule ecthymateuse, douloureuse, dont la base engorgée s'entoure d'une zone congestive.

On peut encore observer des débuts, boutonneux, acnéique, folliculaire, de même qu'une forme bulleuse. Quant à la forme phlegmoneuse, débutant directement par un abcès, elle est véritablement rare.

Période d'état : Vers le 5^e jour, le chancre parvient à sa période d'état. La forme de l'ulcération est en général ronde. Cependant cela n'est pas absolument la règle : elle peut être en effet subordonnée à une lésion préexistante (ulcérations, fissures) ou au lieu de sa production. C'est ainsi que les chancres du fourreau sont généralement ovales, allongés de haut en bas, sans doute, dit Jullien, parce que le pus qu'ils sécrètent, se ramasse à la partie inférieure de l'ulcère.

Les bords sont sinueux, dentelés et, fait particulier, ils

sont entamés à l'emporte-pièce, taillés à pic et même décollés.

Il nous faut maintenant insister sur un signe méconnu sur lequel notre maître, M. le professeur Petges, a attiré particulièrement l'attention : c'est le « signe du liseré ». « On décrit classiquement, dit M. le professeur Petges, à la limite externe du chancre mou une aréole rouge, comparée à celle de l'aphte ou de la pustule varicellique. C'est une zone inflammatoire commune à beaucoup d'ulcérations. Il existe un signe, qui appartient en propre au chancre mou, et qui est caractérisé par l'existence constante, non pas seulement d'une aréole, mais de deux liserés concentriquement accolés, l'un externe rouge, l'autre interne gris jaunâtre. Leur grosseur rappelle le gros fil dit cordonnet. Le liseré rouge est constitué par la zone active d'accroissement du chancre ; c'est le nid de culture, en surface, des streptobacilles. Le liseré gris jaunâtre est la trace laissée par l'infection qui a gagné excentriquement, et laissé derrière elle l'ulcération nécrotique.

» C'est le témoignage du processus ulcéreux.

» La recherche du bacille de Ducrey, considérée comme délicate en règle générale, est facile si le prélèvement est fait au niveau du liseré rouge, qui n'est pas le pus et les débris sphacelés.

» Ce même signe du liseré existe d'ailleurs sous une forme différente dans le fond de l'ulcération qui est parsemé de petits points rouges, en godets, visibles à la loupe, recouverts du coagulum purulent jaunâtre qui tapisse le chancre.

» Ce « signe des deux liserés » est un des meilleurs pour différencier le chancre mou du chancre induré, de l'herpès, et des autres ulcérations génitales. Il est constamment fidèle et mérite d'être signalé. »

Le fond du chancre mou est irrégulier, vermoulu, recouvert par une fausse membrane grisâtre, d'aspect couenneux et persistant pendant toute la période d'état.

Quant à la base, on a coutume de dire qu'elle est molle, la différenciant ainsi de celle du chancre syphilitique, qui est

dure. En fait, elle ne diffère pas de celle d'une plaie vulgaire, qui présente parfois, lorsque l'inflammation est importante, une sorte de dureté. Cette dureté peut même se rencontrer lorsque les tissus présentent une certaine densité. De plus il faut compter avec les nombreux traitements que font beaucoup de malades, et qui ont pour but de déformer la plaie au point de la rendre méconnaissable, et de lui donner souvent de réelles indurations : tel est le cas du traitement par le chlorure de zinc, la potasse, et surtout le chromate de potasse et le sublimé.

La dureté, disent les auteurs classiques, n'est pas l'induration ; cela est évidemment juste. Néanmoins, il faut se méfier de ce signe difficile à reconnaître, surtout en des mains non suffisamment exercées.

Un des traits caractéristiques du chancre mou, est de fournir une abondante suppuration. Ce fait seul, au dire de Lee, suffirait à le distinguer du chancre infectant, sur lequel aucun globule purulent ne serait jamais rencontré. Enfin, le chancre simple est douloureux. Il est surtout sensible aux attouchements, aux pressions, aux tiraillements qui déterminent facilement des hémorragies à sa surface. La durée de la période d'état est des plus variables : il est rare qu'elle soit moindre de quatre semaines ; elle peut se prolonger des mois, parfois même des années.

Réparation : L'ulcération cesse de s'étendre, les bords devenus plus réguliers se recollent et s'affaissent, le fond se recouvre de bourgeons.

Nous sommes en période de réparation, et à moins de complications, le chancre arrive bientôt à la guérison. Existe-t-il une cicatrice ?

En général, la majorité des auteurs sont d'accord pour l'affirmer. Cependant, Achille Dron, dans le *Lyon Médical* 1873, t. XII, p. 330, prétend le contraire.

« En m'appuyant sur les faits que j'ai observés, écrit-il, j'affirme que dans un mois le chancre simple peut se cicatriser sans pansements, et sans laisser une cicatrice qui permette d'en constater l'existence au bout de ce temps. »

L'absence de cicatrice ne saurait donc avoir de valeur, au point de vue de la non-existence d'un chancre mou.

Complications : Nous ne ferons que citer les complications principales du chancre mou : inflammation, gangrène, phagédénisme, bubons, adénites, lymphites, nous réservant le droit d'y revenir à propos de chaque catégorie.

LOCALISATION DES CHANCRES MOUS EXTRA-GÉNITAUX

Nous diviserons les chancres mous extra-génitaux, en :

- 1^o Chancres céphaliques;
- 2^o Chancres des membres supérieurs;
- 3^o Chancres du tronc et de l'abdomen;
- 4^o Chancres des membres inférieurs.

Nous ne comprendrons pas dans notre classification, les chancres de l'anús, qui en somme ne sont que des localisations péri-génitales, et non extra-génitales.

I^o Chancres céphaliques.

Il est intéressant, à propos des chancres simples céphaliques, de rappeler les idées qui furent autrefois émises à leur sujet. Chose qui nous semble extraordinaire, l'existence du chancre céphalique, était niée par les médecins de la première moitié du XIX^e siècle.

Ricord prétendait que le chancre simple ne s'observait jamais à la tête, parce qu'il était inapte à s'y développer. Fournier, qui était alors son interne, contribua à accréditer cette opinion erronée, en se basant sur 150 cas de chancres céphaliques, sur lesquels pas un n'était simple. « Le chancre simple, écrira-t-il plus tard, est prodigieusement rare dans la région céphalique, On dit l'y avoir observé, je veux le croire mais toujours est-il que, pendant toute ma carrière, déjà longue, je ne l'ai pas rencontré une seule fois, et cependant ce n'est pas faute de l'avoir cherché. » (Ch. *extra-génitaux*, p. 92.)

Il faut arriver en 1857 aux inoculations de Rollet, pour

avoir la démonstration expérimentale de la possibilité de cette localisation. C'est ainsi qu'il inocula le pus d'un chancre simple, inoculé à la région mastoïdienne, et le réinocula avec succès au bras du malade, démontrant ainsi que la région n'avait aucun pouvoir de transformation, ce que certains prétendaient.

M. Jeanselme en 1893, soumettant tous les cas signalés à une critique sévère, en publie une dizaine de cas.

Palazy poussant ses recherches jusqu'en 1914 en décrit une quarantaine.

Rareté. — Ce chancre, qui au point de vue clinique présente un intérêt si considérable, existe mais est peu fréquent. On a cherché à élucider les raisons de cette rareté.

D'après Jullien, la majorité de ces chancres ont pour origine des rapports anormaux de la bouche et des organes génitaux. Or, si le chancre syphilitique parcourt parfois des périodes sans être soupçonné, soit par le porteur, soit par autrui, le chancre simple s'accompagne d'ulcération à grands fracas, suppurant et inspirant assez de répulsion pour interdire les rapports *ab ore*.

Ravaut prétend que le virus a plutôt une affinité pour la peau que pour les muqueuses. En effet, dit-il, le chancre du prépuce s'étend volontiers vers la partie cutanée du prépuce. Le chancre mou du frein, progresse généralement vers la partie cutanée du fourreau, prenant la forme dite « en raquette ».

Le chancre anal se multiplie sur la région ano-cutanée et n'atteint jamais la muqueuse rectale.

Enfin, il faut invoquer le rôle de la température élevée de la cavité buccale, qui doit gêner le développement du germe. Il en est de même du balayage incessant par la salive qui joue en même temps un rôle antiseptique.

Etiologie. — Les chancres simples céphaliques sont dus surtout aux rapports génitaux buccaux; aux grattages par mains souillées. La contagion peut être analogue à celle de la syphilis et peut se faire par les verres, les pipes, etc...

Une solution de continuité de la région est nécessaire.

Signes. — Les signes ont-ils quelques points particuliers ?

On retrouve ici, une ou plusieurs ulcérations à base molle, à bords taillés à pic. Le fond, irrégulier, est le siège d'une abondante suppuration.

Les dimensions sont en général restreintes : elles vont de la grandeur d'une petite lentille à une pièce de dix centimes en bronze.

Parfois, lorsque l'ulcération siège sur les muqueuses, les bords au lieu d'être taillés à pic peuvent être au même niveau que le fond de celle-ci.

Ces ulcérations sont très douloureuses ; la parole ainsi que la mastication sont gênées.

Le diagnostic du chancre simple céphalique est très difficile car, en général, on n'y pense pas. Il faudra s'en méfier lorsque l'on voit plusieurs ulcérations douloureuses purulentes, surtout si elles coïncident avec des chancres génitaux.

Durée. — La durée de ces chancres est variable. Parlant de la durée du chancre simple génital, Fournier, dans un article du *Dictionnaire Jaccoud*, s'exprime ainsi : « La durée du chancre simple est susceptible de grandes variations. Elle n'est jamais moindre de quatre à cinq semaines. Elle atteint quelquefois deux à trois mois, il est rare qu'elle dépasse ce terme. Exceptionnellement enfin, elle prend des proportions plus considérables, mais ce n'est jamais que dans le cas de complications phagédéniques qu'on voit le chancre revêtir les allures de la chronicité et persister des années entières. » Si nous récapitulons nos observations, on constate que la durée des chancres simples céphaliques est généralement conforme aux données ci-dessus.

Il faut cependant noter qu'assez souvent, ils ont une tendance à la bénignité, et aux cicatrisations rapides « comme s'ils rencontraient un mauvais terrain sur lequel ils ne seraient pas aptes à acquérir les proportions qu'ils revêtent ailleurs ».

Diagnostic différentiel. — Si les chancres céphaliques furent regardés comme une rareté, c'est que souvent ils furent confondus avec des chancres syphilitiques.

Voici, rapidement énumérés, les principaux signes qui permettent de les différencier au point de vue de la clinique :

I. Le chancre simple est presque toujours multiple; le chancre syphilitique est unique en général.

II. L'ulcère produit par le chancre simple est un ulcère à contours irréguliers, très creux, sensible au toucher et aussi spontanément. L'ulcère syphilitique, au contraire, a ses contours plus réguliers, plus circulaires et, de plus, complètement indolents.

III. Les bords de l'ulcère du chancre simple sont taillés à pic, déchiquetés, nettement décollés; ceux du chancre syphilitique sont à peine visibles, se continuant presque de plain-pied avec les tissus avoisinants, à moins que ce chancre ne devienne ulcéreux.

IV. Le fond du chancre mou est inégal, anfractueux, avec un écoulement de pus très abondant. Le syphilitique a le fond recouvert d'une fausse membrane, pas de pus mais un léger écoulement sanieux.

V. La base du mou est souple, le syphilitique repose sur une base indurée.

VI. L'adénopathie est monoganglionnaire dans le chancre mou, elle est polyganglionnaire dans le syphilitique.

VII. Enfin, rappelons-nous du signe du liseré, décrit précédemment.

Nous nous proposons maintenant de faire le diagnostic différentiel, suivant les régions où l'on peut rencontrer le chancre mou céphalique.

A. *Lèvres.* — Le chancre mou des lèvres doit être différencié du :

1^o Chancre syphilitique : Outre les caractères énumérés plus haut, il nous faut établir une différence avec les syphildes ulcéreuses de la période secondaire. Leurs formes très variables peuvent ressembler à des chancres mous; elles secrètent un véritable pus pouvant ressembler à celui du chancre simple; mais l'évolution en est beaucoup plus lente, la forme ne se modifie qu'avec peine. Il faut se baser sur les

accidents concomitants, les commémoratifs, le laboratoire.

2° Cancer des lèvres. — On ne rencontre ici que peu de difficultés, l'ulcération présente un fond inégal, déchiqueté. Bourgeonnante, elle saigne au moindre contact. Les bords sont plus ou moins saillants, fréquemment renversés au dehors. On note parfois un certain degré d'induration.

L'évolution est lente; une biopsie s'impose.

B. *Gencives*. — 1° Avant toute chose, il faut différencier les chancres mous, des ulcérations produites par les dents cariées.

2° Stomatite toxique. — La fétidité de l'haleine, la gêne de la déglutition, la salivation abondante nous mettront sur la voie. Mais il faudra surtout faire appel aux commémoratifs, lesquels nous faciliteront le diagnostic.

3° Stomatite ulcéro-membraneuse. — Nous sommes ici en présence d'une ulcération dont la surface présente des granulations d'un rouge vif. On note un engorgement ganglionnaire volumineux, la salivation est augmentée, l'haleine est fétide. La pâleur, l'adynamie sont très prononcées, et la fièvre est constante.

C. *Langue*. — 1° Ulcérations dentaires. — Elles peuvent prêter à erreur. Cependant l'ulcération se trouve vis-à-vis d'une dent cariée, et il y a absence habituelle d'adénopathie.

2° Aphtes. — Les aphtes se présentent comme des excavations en cupules, dont le fond est jaune serin. Elles sont, de plus, bordées d'un liseré rouge, en rien comparable au signe des lisérés observé dans le chancre mou.

L'évolution est très rapide, la sensibilité très vive.

3° Tuberculose. — Le diagnostic différentiel est quelquefois difficile à faire. En effet, nous rencontrons souvent des ulcérations multiples, sensibles, sans induration.

Les bords sont décollés, taillés à pic, le fond est jaunâtre, inégal. L'engorgement ganglionnaire n'existe pas. Seulement, on observe la présence fréquente, autour de l'ulcère, de petits modules saillants, gros comme une tête d'épingle, appelés nodules de Féréol. Enfin, la présence de points jaunes de Trelat est encore plus fréquente.

La recherche des bacilles de Koch, sur le raclage des ulcérations peut trancher le diagnostic.

D. *Amygdales*. — 1° Amygdalite ulcéro-lacunaire signalée par Fournier : Ulcérations plus ou moins profondes, semblables au chancre mou. On n'observe pas d'adénopathie.

L'ulcération vidée de son pus, est creuse, déchiquetée, à fond rose.

Les examens bactériologiques sont souvent nécessaires pour nous donner une réponse exacte.

2° Angine herpétique. — Présence de vésicules rompues d'herpès, avoisinant avec des vésicules intactes. On les rencontre sur le voile du palais, la langue, les lèvres, en même temps que sur les amygdales.

On note encore de la fièvre, et un mauvais état gastro-intestinal.

3° Enfin, il faudra éliminer la diphtérie, les plaques muqueuses, ce qui en général est chose facile.

Siège de prédilection des chancres céphaliques.

Chatin, dans sa thèse (Paris 1900), les classait dans l'ordre suivant :

Chancres des lèvres	11
Œil et conjonctives	6
Joues	2
Menton.....	2
Front.....	1
Nez	1
Oreilles.....	1
Gencives.....	1
Amygdales.....	1
Langue.	1

Cette statistique semble être aujourd'hui un peu faible, surtout en ce qui concerne les chancres de la langue. En effet sur les 16 observations de chancres céphaliques que nous publions, nous rencontrons 7 chancres de la langue.

Evolutions. — Nous avons déjà dit que les chancres mous céphaliques évoluaient généralement vers la guérison, beaucoup plus vite que les chancres siégeant sur les autres parties du corps.

La seule complication que nous ayons pu relever dans nos observations est un cas de gangrène évoluant chez un chancre mou douteux.

Observons-nous des complications lymphatiques ?

Si les chancres céphaliques sont rares, rarissimes sont les bubons qui les compliquent.

Il n'existe que deux cas connus de bubon suppuré céphalique net. :

1° Le cas de Huebbenet en 1858, qui avait inoculé le pus d'un chancre simple, près de la commissure labiale gauche d'un individu qui, une dizaine de jours après, présenta une adénite parotidienne suppurée.

2° Voici ensuite le résumé succinct de l'observation publiée en 1896 par MM. Emery et Sabouraud :

Chancre simple de la verge avec bubon ramolli dans chacune des aines. Ulcération de la langue sur la face dorsale de la pointe.

Adénopathie sous-maxillaire fluctuante.

Palazy, dans sa thèse (Lyon, 1919-1920), sur 39 cas rassemblés, observe les complications suivantes :

Bubon suppuré	1
Ganglions hypertrophiés et douloureux	4
Adénites légères	8
Réaction nulle ou non notée	26

Soit une réaction dans 38 % des cas ; alors que Jullien, dans les chancres génitaux observés des réactions dans 57 % des cas.

Sur nos 16 observations publiées, nous constatons seulement 3 cas de ganglions hypertrophiés et douloureux.

OBSERVATIONS

Nous ne nous proposons ici, que de publier les observations trouvées éparses dans la littérature, nous réservant le droit de mettre en un tableau unique, celles déjà rassemblées dans les travaux précédents.

Chancres céphaliques primitifs.

Observation I

Chancrelle de la langue (Annales des maladies vénériennes, Milian, août 1929).

Homme de 45 ans, venant consulter pour une ulcération très douloureuse de la langue datant de cinq jours.

Ulcération oblongue de la dimension d'une pièce de un franc, à double liseré rouge vif et jaunâtre ayant évolué rapidement sans réaction ganglionnaire.

L'examen bactériologique montra des bacilles de Ducrey. La guérison fut obtenue en une semaine par des attouchements avec une solution d'acide chromique, au dixième.

Observation II

Chancres mous des muqueuses : linguale [et] labiale (Milian, Revue française de Dermato et Venero, avril 1931).

Ulcération voisine de la commissure labiale avec inoculation en face sur la langue.

Présence de bacilles de Ducrey.

Guérison facile par le chlorure de zinc.

Observation III

Chaneres mous de la langue et du nez (Paul Chevalier et Jean Bernard),
(*Bulletin de Dermato et Syphiligraphie*, n° 1, janvier 1931).

Mme F..., 33 ans, entre à l'hôpital Cochin le 11 janvier 1930.
Syphilis en 1928.

Le 1^{er} janvier la malade a constaté sur le bord droit de la langue une petite ulcération de la taille d'un pépin de raisin. Cette petite ulcération suppurait légèrement. Malgré les bains de bouche à l'eau oxygénée, l'ulcération s'étend peu à peu, jusqu'à revêtir l'aspect qu'elle a aujourd'hui. Le 3 janvier un traumatisme léger semble déterminer une plaie sur le dos du nez, plaie peu étendue et peu profonde. Cette plaie ne se cicatrise pas les jours suivants, et vers le 7 ou 8 janvier, commence à suppurer.

Elle présente actuellement :

- 1° Une ulcération de la langue;
- 2° Une ulcération du nez;
- 3° Une petite érosion sous-narinaire droite.

La lésion linguale est allongée dans le sens antero-postérieur; elle n'a pas la forme absolument ovale : son extrémité postérieure est aiguë, l'antérieure est arrondie.

Elle mesure environ deux centimètres de long. Très étroite elle est plus profonde que large. Ses bords sont minces, nettement décollés à la partie postérieure de l'ulcération. Le fond est creux. On déterge difficilement sa surface qui est grisâtre, jaunâtre, suppurante. L'ulcération est entourée d'une zone rouge, très œdématiée, violacée par places.

Toute la périphérie est ainsi cernée, mais en avant, une sorte de bourrelet surélevé limite l'ulcération.

Ce bourrelet porte la marque des dents placées en regard. Toute cette lésion qui ne gêne guère la malade n'est que très légèrement sensible au palper. Aucune induration. Les tissus sous-jacents sont souples. Le reste de la langue, la muqueuse buccale paraissent sains. L'ulcération du dos du nez, siège sur l'arête médiane, à 2 cm. environ de la ligne des sourcils. Elle est ovale, allongée de haut en bas, mesurant à peu près deux centimètres de long, sur

1 cm. 5 de large et ne déborde pas sur les narines. Les bords sont irrégulièrement découpés, mais non décollés.

Le fond de l'ulcération est rouge vif, luisant, suppurant peu. L'ulcération est d'ailleurs peu profonde, et le fond presque de niveau.

Pas d'induration. Douleur modérée.

L'érosion sous-narinaire : Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, est apparue sous la narine droite, une nouvelle lésion, grosse comme une lentille, plane, et dont la surface est légèrement croûteuse.

Pas d'adénopathie. Pas de ganglions hypertrophiés.

Aucune lésion génitale, ni anale.

Auto-inoculation positive à la cuisse droite avec le pus de l'ulcération linguale; à la cuisse gauche avec le pus de l'ulcération du dos du nez.

Intra-dermo réaction au Dmelcos : positive.

Présence de bacille de Ducrey :

1° Dans le pus de l'ulcération de la langue;

2° Dans le pus de l'auto-inoculation.

B.-W. : Négatif.

Observation IV

Chancre de la langue (Photinos : *Bulletin de Dermato et Syphiligraphie*, novembre 1934).

Le nommé M..., âgé de 25 ans, entre à l'hôpital d'Athènes, pour une petite ulcération de la langue datant de dix jours. A l'examen, le malade a en effet, une ulcération presque lenticulaire, ronde, sur le bord libre de la langue à droite. Les bords de cette lésion sont réguliers et le fond est au contraire un peu irrégulier et couvert par un enduit jaunâtre. Toute l'ulcération est entourée d'une auréole rougeâtre.

Nous n'avons pu palper qu'un petit ganglion du volume d'une lentille, sous le menton.

Malgré l'aspect clinique de chancre mou nous n'avons pas osé affirmer ce diagnostic avant l'examen de laboratoire. Le microscope montra, des bacilles de Ducrey en abondance. Le Dmelcos a donné des résultats excellents. Après l'injection, l'ulcération du

chancre mou a été presque cicatrisée, c'est-à-dire en trois jours. Tous les examens pour dépister la syphilis furent négatifs.

Observation V

Chancre simple de la lèvre (Geraudel et Ménard : *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* : 21 octobre 1909).

Homme âgé de 37 ans, plongeur. Entre le 22 septembre pour une ulcération de la lèvre supérieure.

A gauche de la ligne médiane, au-dessous de la narine gauche, une ulcération unique, de la surface d'une pièce de deux francs, à bords abrupts et rougeâtres, irréguliers et un peu décollés, à fond suppurant. La lésion était douloureuse et saignait à la pression. Il y avait un peu d'empâtement de la lèvre à ce niveau, mais aucune autre lésion cutanée, ni au voisinage, ni en aucun point du tégument, en particulier les organes génitaux étaient indemnes.

A ce premier examen le diagnostic reste en suspens.

A un second examen fait le 7 octobre, la lésion ne s'était pas modifiée. Un frottis de pus montra de nombreux cocci et des bacilles courts semblables aux bacilles de Ducrey. Inoculation brachiale nettement positive; dans le pus le bacille de Ducrey est abondant. Une pointe de feu est faite pour arrêter l'évolution de la lésion brachiale.

L'interrogatoire fait constater que : dans la première quinzaine de septembre le malade avait eu avec une fille publique, des rapports tant normaux que bucco-vaginaux. Or, il portait alors au niveau de la lèvre supérieure, une petite plaie faite quelques jours avant, par un jeune enfant qui l'avait griffé.

Cette égratignure, quelques jours après le contact s'est « envenimée », s'est mise à suppurer, à se creuser, jusqu'à constituer la lésion actuelle.

Observation VI

Chancre mou de la lèvre inférieure (Avon et Audier : *Marseille médical*, mai 1929).

Cultivateur âgé de 35 ans, qui aurait eu depuis plusieurs mois des rapports avec des femmes suspectes.

Une d'elles l'aurait mordu, il y a dix jours environ, à la lèvre. Ils pratiquèrent ensuite des caresses spéciales. Il y a quatre jours, apparition, à la lèvre inférieure près de la commissure gauche, d'une lésion érosive de un centimètre de diamètre environ, à base très légèrement œdématiée, douloureuse, à fond sanieux, à bords taillés à pic, donnant l'apparence d'un chancre mou.

Adénopathie sous-maxillaire gauche, douloureuse à la pression. L'examen d'un frottis a révélé la présence du bacille de Ducrey. Pas de tréponème.

Observation VII.

Chancrelle de la lèvre inférieure.

(Pinard et Alpern : *Bulletin de Dermato et Syphil.*, nov. 1931.)

Malade entre le 1^{er} novembre 1931 pour une ulcération de la lèvre inférieure, accompagnée d'une tuméfaction sur la face latérale droite du cou. C'est un forain âgé de 47 ans. Il y a 20 jours environ, après avoir reçu un violent coup de poing sur la bouche, un petit hématome est apparu sur la lèvre inférieure; 2 ou 3 jours auparavant, il avait eu des rapports buccaux avec une prostituée. Un jour après le traumatisme, trois à quatre jours donc après le rapport suspect, le petit hématome prit l'aspect d'une bulle sanglante, qui augmenta en creusant sur la lèvre inférieure, à 1 centimètre de la commissure labiale, un peu plus petite qu'une pièce de 0 fr. 50, à bords nettement coupés; ulcération douloureuse, non indurée, recouverte d'une croûte. Lorsque l'on enlève celle-ci, l'ulcération saigne et laisse sourdre une goutte de pus.

Accompagnant cette ulcération, il existe dans la région sous-maxillaire et cervicale droite, une masse de volume d'une mandarine,

dure, douloureuse, peu mobile : adénite avec grosse péri-adénite. Plusieurs examens à l'ultra-microscope, n'ont pas permis de découvrir de tréponèmes. Par contre des frottis faits avec le pus, ont montré la présence de nombreux bacilles de Ducrey.

L'intradermo-réaction s'est révélée par ailleurs très positive. Une auto-inoculation pratiquée le 10 novembre, donne aujourd'hui le 12 novembre, un résultat positif.

Il s'agit donc d'une chancrelle de la lèvre inférieure, seule localisation : il n'existe en effet aucune chancrelle, ni génitale, ni des doigts.

Le malade est par ailleurs syphilitique. Accident primitif en 1909 : coexistence d'un chancre induré de la lèvre supérieure et d'un chancre induré de la verge.

La sérologie est aujourd'hui positive.

Chancres céphaliques secondaires.

Observation VIII.

Chancres mous de la langue et de l'amygdale.

(Gaucher et Druelle : *Bulletin de Dermato et syphil.*, 1909.)

X Georges, 20 ans, vient consulter pour ulcérations de la verge et de la langue, développés après un coït normal accompagné de contacts linguo-vulvaire. Huit jours après le contact infectant, on constate sur le pénis, des ulcérations multiples, développées dans le sillon balano-préputial. Ces ulcérations présentent tous les caractères des chancres mous : ulcérations isolées les unes des autres irrégulièrement circulaires, à bords taillés à pic et nettement décollés, à fond irrégulier, granuleux et suppurant, à base non indurée. A la partie médiane du sillon balano-préputial on trouve une lésion à bords déchiquetés.

Il n'existe pas d'adénite inguinale notable : à droite seulement les ganglions sont douloureux à la pression.

En même temps que se développaient ces lésions, apparition d'une ulcération douloureuse de la langue. Cette ulcération siège

sur la face supérieure de l'organe à droite de la pointe de la langue. Elle se présente sous l'aspect d'une lésion antéro-postérieure entourée d'une zone où la muqueuse revêt une teinte rouge vif. Si l'on trace une ligne directe de chaque côté de cette fissure, elle s'ouvre et on se trouve en présence d'une ulcération de forme ovale de 4 à 5 mm. dans son grand diamètre et l'on y retrouve des caractères cliniques, analogues à ceux notés à propos des ulcérations pèniennes.

Le bord de l'ulcération est régulièrement ovale, mais nettement taillé à pic, et décollé; le fond est irrégulier, granuleux, légèrement suppurant, sa base est souple, non indurée.

Cette ulcération est très douloureuse spontanément, à la palpation et surtout pendant la mastication. Pas d'adénopathie sous-maxillaire, mais une mono-adénite volumineuse et douloureuse, située dans la partie moyenne de la région sous-maxillaire.

Pas de trace de syphilis.

Présence de nombreux bacilles de Ducrey.

Dix jours après le malade se plaint de souffrir de la gorge. L'examen montre une ulcération de la partie supra-externe de l'amygdale droite.

Les caractères objectifs la montrent avec la dimension d'une lentille; les bords paraissent irréguliers, déchiquetés; son fond est recouvert d'un exsudat blanchâtre. L'examen de cet exsudat révèle l'existence de rares bacilles de Ducrey.

Observation IX.

Chancre mou de la langue.

(Gaucher et Druelle, *Société de dermatologie*, 1910.)

P... Victor, 45 ans, vient consulter le 15 mars 1910, pour des ulcérations de la verge et de la langue qui ont débuté il y a environ douze jours.

Le malade est syphilitique depuis 10 ans. Il a eu à cette époque, un chancre de la verge, qui a été bientôt accompagné de plaques muqueuses de labouche. Le malade n'a jamais suivi de traitement mercuriel.

Il y a 15 jours, le malade pratique un coït normal, accompagné

d'un coît linguo-vulvaire et trois jours après, il voit apparaître des ulcérations pour lesquelles il vient consulter.

Sur la verge, de chaque côté du frein, on trouve une ulcération ayant tous les caractères du chancre mou. Elles ont en effet, un bord irrégulier, taillé à pic, un fond granuleux et suppurant. Elles sont douloureuses au toucher. Pas d'adénite linguinale. On trouve encore des ulcérations semblables, sur la face gauche du frein, ainsi que sur la face droite.

Dans la bouche, on constate d'abord, des stigmates révélateurs de syphilis ancienne : leucoplasie rétro-commissurale bilatérale. Sur la langue, on voit des lésions leucoplasiques d'évolution peu avancée; on note principalement une bande de teinte blanche, près du bord droit de l'organe. Sur la lèvre inférieure se sont développées plusieurs plaques blanchâtres. Sur la langue en outre, existe une lésion d'aspect tout différent et qui est survenue — le malade est très affirmatif sur ce point — il y a une dizaine de jours en même temps que les ulcérations de la verge. L'ulcération linguale, se présente avec une forme arrondie, et a environ cinq millimètres de diamètre. Sa base est souple, non indurée, le fond est jaunâtre, faiblement suppurant, presque lisse et légèrement irrégulier. Son bord qui paraît de niveau avec la muqueuse voisine à sa partie supérieure, est taillé à pic à sa partie inférieure.

Cette ulcération n'a l'aspect ni de plaques muqueuses, ulcéreuses, ni d'érosions herpétiques; ses caractères évoquent vaguement l'idée d'un chancre mou. Son aspect est plutôt celui d'un aphte banal.

L'ulcération est douloureuse spontanément, aux mouvements de la langue et au palper.

Pas d'adénites dans les régions sous-maxillaires, rétro-mammaires, cervicales.

Ce malade a cautérisé ces ulcérations de la verge et de la langue, à plusieurs reprises par du nitrate d'argent. Un examen bactériologique permet de découvrir des bacilles de Ducrey dans le pus des ulcérations.

Observation X.

Chancre mou lingual.

(Ravaut-Decourtioux : *Bulletin de Dermato. et Syph.*, 1925.)

Malade venu à la consultation du 28 mai 1925 pour deux chancrelles de la région du frein.

Un rapport sexuel avait eu lieu le 19 mai; les chancres apparurent deux jours après.

En même temps que ces ulcérations de la verge, le malade avait constaté sur sa langue une petite lésion. Siégeant sur la face dorsale près de la pointe, sa forme et ses dimensions étaient celles d'une petite lentille. Le bord était dessiné par un liseré rouge, le fond était jaunâtre.

N'était la coexistence de chancrelle génitale, le diagnostic porté, à première vue eût été celui d'aphte. Un examen plus attentif montra qu'il s'agissait d'une ulcération creuse, à bords nets et décollables. Pas d'adénopathie satellite. Ulcération très peu douloureuse, même à l'exploration.

La recherche du B. de Ducrey au niveau de la langue fut négative.

Deux réinoculations de la lésion linguale furent faites au bras gauche, une provenant d'un chancre génital au bras droit. Ces réinoculations furent positives. Des raisons importantes, ayant obligé le malade à s'absenter les deux jours qui suivirent la réinoculation, on constata à son retour le caractère profondément ulcéreux de ces réinoculations et leur tendance très extensive qui les rendit difficiles à arrêter. Le diagnostic de chancre mou lingual nous paraît hors de doute.

L'inoculation s'était faite, au cours d'un rapport bucco-vaginal, au niveau d'une morsure de la langue.

Observation XI

Chancre simple de la lèvre inférieure chez une ancienne syphilitique.

(Balzer et François Dainville, Société de Dermatologie, 1905)

Blanche B..., blanchisseuse, 27 ans, entre pour une ulcération de la lèvre inférieure, datant d'une quinzaine de jours. Cette malade

est d'autre part une ancienne syphilitique, dont les gommès ont laissé des cicatrices blanches, légèrement déprimées. La lésion actuelle est une ulcération irrégulièrement ovale, à pointe se prolongeant vers la bouche, à bords irréguliers. L'ulcération est nettement creusée, les bords taillés à pic et décollés, le fond est recouvert d'un enduit jaunâtre et purulent. La base de l'ulcération est parfaitement souple.

Se prolongeant vers la cavité buccale on voit deux ulcérations très petites d'inoculation plus récente qui ne vont pas tarder à fusionner avec l'ulcération principale. A la palpation, petit ganglion sous maxillaire gauche, peu douloureux.

On note encore des chancres simples vulvaires multiples; deux chancres de l'anus; tous ont les mêmes caractères que les ulcérations précédentes; ce sont les premières en date et elles ont été observées lors du dernier séjour de la malade. Elles n'ont pas guéri depuis. Toutes sont douloureuses et saignent facilement. L'examen bactériologique a révélé dans toutes, du bacille de Ducrey.

Observation XII

Chancre mou de la lèvre

(Queyrat et Pinaud : Société Médicale des Hôpitaux, février 1909)

Malade âgé de 42 ans, ébéniste, entre le 20 février, porteur de chancres génitaux, chancres simples, à type hypertrophique siégeant sur la face muqueuse du prépuce près de la ligne médiane, l'autre sur le fourreau, au-dessus du limbe. Ces chancres dataient de quatre semaines. En outre ulcération de la verge, apparue en même temps il y a un mois : elle était fissuraire, siégeait sur la ligne médiane, intéressant tout le bord de la lèvre qui était boursoufflé; elle était longue de un centimètre, large de 3 à 4 mm., à fond grenu, à bords coupés nettement, saignant à la pression.

Aucune adénopathie.

Toutes ces ulcérations se sont montrées 4 à 5 jours après un contact extra-génital.

Bacilles de Ducrey sur toutes les ulcérations.

L'inoculation dans la région deltoïdienne avec le pus de l'ulcération de la lèvre, se montra positive deux jours après.

Observation XIII

Chancre mou de la commissure labiale gauche
(Spontanelli, *Giorn. Ital. della Mal. vene*, 1919)

Homme de 29 ans atteint d'un ulcère mou du sillon balano-préputial, plus tard d'un ulcère de même nature situé dans l'angle de la commissure labiale gauche et dû au transport du virus par l'ongle du doigt du malade.

Constatation nette du bacille de Ducrey.

Observation XIV

Chancre mou de la narine
(Brizard et Milian : *Bulletin de Dermato et Syph.*, 1920)

Homme venu consulter pour ulcérations multiples de la verge. On en trouvait trois sur le fourreau, orientées parallèlement aux plis de la peau, à bords taillés à pic, peu décollés; le fond était lisse d'apparence gommeuse.

Dans le sillon balano-préputial, on remarquait deux ulcérations régulières à cheval sur le sillon, l'une ovale à contour polycyclique, l'autre à tendance papuleuse : l'une et l'autre avaient un fond lisse et rouge, avec un ou deux petits points jaunâtres à la périphérie de la zone d'extension.

Pas d'adénopathie inguinale.

Il existait en outre à la pointe du nez, sur le bord libre de la narine gauche, une infiltration rosée, d'apparence syphiloïde, avec trois ulcérations en coup d'ongles.

Le malade s'appesantissait sur le caractère douloureux de cette lésion qui le gênait et l'inquiétait beaucoup plus que ses localisations génitales.

Le diagnostic de syphilome tertiaire ulcéreux de la verge fut porté, les lésions nasales ne pouvant que confirmer cette opinion.

Le lendemain on fit un B. W qui resta négatif.

La recherche du bacille de Ducrey est négative.

Quelques jours après on est frappé de la transformation papuleuse des éléments du gland.

On repense au chancre mou : l'auto-inoculation faite au bras droit se montra positive.

Une recherche plus approfondie du B. de Ducrey révéla sa présence.

Une auto-inoculation pratiquée au bras gauche avec le produit de l'ulcération nasale se montra nettement positive.

Emery et Sabouraud	Thèse Palagy, Lyon 1920.	Chancre de la verge. Chancre de la bouche
Profeta	<i>Annales de Dermatologie</i> , 1873-1874.	Chancre de l'index. Chancre mou phagédénique de la face.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre de l'index gauche. Chancre des deux lèvres.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre mou de la verge et du scroum. Chancre du nez.
Venot	<i>Bordeaux Médical</i> , 1875.	Chancre de la lèvre.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre du rebord labial.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre de la commissure labiale gauche.
Horteloup	<i>Annales de Dermatologie</i> , 1880.	Chancre sous-préputial avec adénite. Chancre accidentel du front.
Tomachowsky	Thèse Houry, Paris, 1910.	Trois chancres du prépuce. Chancre du larynx.
Pellizari	Article de Jeanselme	Chancre de la face chez un infirmier.

Guranowsky	Article de Eudlitz.	Chancre phagédénique de la vulve. Deux chancres du nez. Chancre du conduit auditif.
Cocquet	<i>Ann. de la Polyclinique de Bordeaux</i> , 1893.	Chancres mous de la verge, du scrotum, de l'anus. Chancre du front. Huit chancres du cuir chevelu.
Vignes	<i>Annales de Dermatologie</i> , 1900.	Chancre mou de conjonctive bulbaire.
Darrier et Roussy	<i>Annales de Dermatologie</i> , 1904.	Chancre de la lèvre inférieure.
Grouven	Thèse Houy, Paris, 1910.	Chancres mous de la bouche et du palais.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre mou de la lèvre inférieure.
Floréa Simionescu	Thèse Houy, Paris, 1910.	Chancre du pharynx.
Diaria	<i>Giornale italiano delle malattie veneria</i> , 1904.	Chancres mous du prépuce. Chancres mous de région zygomatique droite, de l'aile du nez, de la commissure labiale.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancres du frein. Chancres de région zygomatique droite.
Boys de Soury et Costille	<i>In Eudlitz : Archives générales de Médecine</i> , 1892.	Chancres génitaux. Chancres de la conjonctive.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre génital. Chancre du conduit auditif interne.
Ricord	Paris, 1851.	Chancre de gencive supérieure.
Diday	<i>Union Médicale</i> , 1858.	Chancre de la lèvre inférieure.

Thiry	<i>Presse Médicale belge</i> , 1862.	Chancre du gland. Chancre de la conjonctive de l'œil gauche.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre de la lèvre inférieure.
Sorezina	Thèse Houy, 1910.	Chancres mous vulvaires. Chancre mou de la lèvre inférieure.
Anonyme	<i>Gazette des Hôpitaux</i> , 1866.	Chancre mou de la conjonctive.
Millet	Thèse, Paris, 1865.	Chancre de la lèvre inférieure Chancre du sillon gingivolabial.
Duvergie	Article « Bouché », dans <i>Dictionnaire de Dechauche</i> .	Chancre de la bouche.
Puche	<i>Id.</i>	Chancre de : lèvre inférieure, abdomen et doigt.
Diday	<i>Annales de Dermatologie</i> , 1872.	Deux chancres mous de la grande lèvre droite. Chancre mou de la bouche.
Desprez	Thèse Labarthe, 1872, Paris.	Chancres mous de la joue à la suite d'égratignures.
Labarthe	Thèse de Paris, 1872.	Trois chancres du gland, bubon inguinal suppuré. Chancre de la lèvre inférieure.
Taylor	Art. de Jeanselme dans <i>Gazette hebd., méd. et chir.</i> , 1893.	Trois chancres du prépuce. Chancre du sourcil gauche.

2. Chancres mous du membre supérieur.

Le chancre mou du membre supérieur, et en particulier le chancre mou des doigts, contrairement à ce que pourrait faire penser la facilité de son mode d'inoculation, était considéré comme une chose excessivement rare. En effet, si nous nous reportons aux statistiques anciennes on constate :

	Chancres mous	Doigts
Debauge	206 cas	0
Ricord et Fournier	788	3
Lefort	682	1
Le Pileur	79	1

En réalité, cette proportion est beaucoup trop faible : et si ces chancres furent considérés comme une rareté, c'est qu'on les cherchait avec des signes qu'ils n'avaient pas. Nous essaierons, malgré la diversité des cas publiés, d'établir une distinction entre les différentes formes cliniques que l'on peut rencontrer.

Étiologie. — Elle ne diffère en rien de l'étiologie des autres chancres mous. Signalons toutefois que c'est dans les chancres des doigts que l'on rencontre le plus de contaminations accidentelles.

La main droite est le plus souvent atteinte, sans doute parce qu'elle est plus sujette aux blessures.

Symptomatologie. — I. *Forme ulcéreuse typique.* — C'est celle que l'on rencontre le plus souvent, mais qui est aussi le plus souvent modifiée par un traitement intempestif.

Le début est comparable aux inoculations expérimentales. L'incubation est en général de 24 à 36 heures, plus rarement de 4 à 5 jours.

On constate d'abord une petite zone inflammatoire rouge, tendue, douloureuse, de volume ne dépassant pas celui d'un pois. Une saillie minime pointe en son centre, et les bords sont assez nettement délimités.

La vésico-pustule ne dépasse pas la grosseur d'un grain de mil; parfois cependant elle peut atteindre 4 à 10 mm.

La mince pellicule qui la recouvre peut tomber d'elle-même; souvent elle est arrachée par le patient : il apparaît alors un ulcère ayant les caractères des ulcérations chancrilleuses en général.

Vers le 6^e ou 8^e jour, nous arrivons à la période d'état. L'ulcération, très agrandie, peut atteindre la largeur d'une pièce de cinq francs en argent. Généralement elle ne dépasse pas la largeur d'une pièce de 0 fr. 50.

Le doigt est gros, boursoufflé, profondément infiltré. Les bords immédiats du chancre sont surélevés, formant un bourrelet rouge violacé, parfois bleuâtre.

Les bords de l'ulcération sont parfois découpés, comme grignotés (il faut noter que ce signe semble être beaucoup moins fréquent, qu'au niveau des organes génitaux). Ils sont décollés, minés en dessous, et l'instrument arrive souvent à soulever un petit lambeau de peau. Cependant, beaucoup moins souvent qu'aux chancres génitaux, on peut rencontrer des lambeaux adhérents.

On a observé et l'on signale fréquemment de véritables trajets fistuleux.

Le fond de l'ulcération est semblable à celui du chancre mou en général.

La palpation, très douloureuse, permet difficilement de se rendre compte de la consistance de la base. La douleur est un signe capital. Elle inquiète le malade, induit souvent le médecin en erreur. Elle est à la fois spontanée et provoquée, peut atteindre une acuité extrême, empêcher tout sommeil. Les malades la comparent à une brûlure, avec exacerbations, élancements en éclair, arrachant des cris.

Elle est exagérée par les mouvements, la position déclive du membre.

Cette douleur est beaucoup plus violente que celle observée au niveau des chancres génitaux.

Enfin, résultant de l'œdème et de l'inflammation, on cons-

tate généralement une limitation des mouvements. En général, cette forme guérit dans l'espace de 15 jours à 3 mois. La douleur s'atténue, un bourgeonnement intense apparaît, et la cicatrisation ne tarde pas à se faire.

II. *Forme simulant un panaris*. — Elle est moins rare que le prétend Druelle. Il importe de la bien connaître, pour éviter au malade un traitement préjudiciable.

Ce qui frappe dès le début, c'est la précocité et l'intensité des douleurs : elles sont dans cette forme poussées au maximum. Les réactions des tissus voisins sont aussi très marquées : on constate un œdème du doigt et de la main, œdème blanc et mou loin du point d'inoculation, ferme et rosé près de celui-ci.

La phlyctène du début augmente rapidement : blanche, sensible, elle est enchâssée dans une zone inflammatoire. Les caractères rappellent ceux de la « tourniole ».

A la période d'état, l'ulcération apparaît, plus irrégulière, plus profonde qu'à l'état normal.

Sur un fond inégal, on peut mettre en évidence des anfractuosités, des cryptes, recouvertes par un pus très abondant, jaunâtre, épais.

Les douleurs spontanées et provoquées sont atroces, avec élancements et irradiations à distance.

L'adénite axillaire ou épitrochléenne est peu influencée ; par contre la lymphangite est fréquente.

L'évolution est ici très longue, la cicatrisation lente.

III. *Forme miliaire*. — Cette forme est peu fréquente : c'est plutôt un stade d'évolution du chancre qu'un type spécial.

L'ulcération de dimensions d'un grain de mil ou de chènevis a l'apparence d'un puits.

Les caractères généraux sont ceux habituellement rencontrés dans les chancres simples en général.

La forme miliaire semble toutefois avoir une prédilection pour le bout des doigts.

IV. *Forme croûteuse*. — Il est d'observation courante,

d'observer une croûte à la surface des ulcérations chancrelleuses extra-génitales.

Cependant, ces lésions croûteuses localisées au doigt ou à la main ne sont pas très fréquentes. Cela est dû sans doute aux nombreux pansements humides que l'on met si souvent dans ces régions, dans le désir de calmer les douleurs particulièrement intenses.

Cette forme se présente sous l'aspect d'une croûte jaune brunâtre, de forme généralement circulaire, d'épaisseur variable. Peu adhérente, elle se détache en bloc, donnant naissance à une ulcération arrondie, creuse, à bords taillés à pic. L'ensemble ressemble souvent à un cratère.

V. *Forme végétante*. — On la rencontre assez fréquemment dans les ulcérations anciennes du pourtour de l'ongle. Avec ses petites excroissances plus ou moins saillantes, elle a vaguement l'aspect d'un chou-fleur. Sa coloration est rose, la surface est généralement molle.

Les sièges de prédilection se trouvent sous le repli sous-inguéal et aux angles interne et externe de l'ongle.

Diagnostic différentiel.

Nous ne nous étendrons pas sur le diagnostic différentiel qui sera de beaucoup simplifié, en se rappelant les formes précédemment énumérées.

Nous devons en particulier éliminer les panaris, les brûlures, les plaies infectées simples, enfin le chancre mixte.

Devant une plaie qui traîne et qui résiste aux thérapeutiques usuelles, pensons toujours aux chancres mous.

Complications des chancres mous des doigts et de la main.

Nous rencontrons ici, comme dans les chancres mous céphaliques, certaines complications identiques telles que l'inflammation, le phagédénisme, l'association à la syphilis

Pour plus de précision nous allons diviser les complications en : complications de voisinage, et complications à distance.

a) Complications de voisinage : Les décollements, les

fusées purulentes sont ici relativement fréquents. Mais ce n'est que très rarement qu'on rencontre l'inflammation des gaines tendineuses, ou une atteinte de l'articulation proche.

Tout au plus peut-on avoir une raideur persistante, due sans doute à une immobilisation prolongée.

b) Complications à distance : a) Si nous étudions d'abord les complications lymphangitiques, nous voyons que sur une statistique de 41 chancres mous du membre supérieur donnée par Palazy dans sa thèse (Lyon 1920) on trouve :

Bubons suppurés	9 cas
Réaction ganglionnaire vive (tuméfaction douloureuse)	8 cas
Réactions ganglionnaires légères (Hypertrophie simple)	7 cas
Réaction ganglionnaire nulle :	17 cas

Sur les 24 observations que nous publions, on rencontre 4 cas de bubons : ce qui fait environ un taux de 18% pour les bubons du membre supérieur.

De plus, d'après les observations étudiées, on constate que le ganglion épitrochléen est pris bien plus souvent que le ganglion axillaire. On peut du reste, constater, mais plus rarement, la prise simultanée des deux groupes ganglionnaires.

Les chancres des bras et du pouce, ne semblent pas donner de réaction. Au contraire on peut trouver dans la littérature treize cas de bubons pour l'index, quatre pour le médus, quatre pour l'annulaire. Les ganglions atteints ont été indifféremment axillaires, ou cubitiaux, parfois les deux.

c) *Lymphangite*. — Elle est plus fréquente ici que dans la zone génitale. Soit tronculaire, soit radiculaire, elle siège surtout à la face antérieure de l'avant-bras. Elle peut évoluer vers la suppuration, avec formation d'un bubonule, se présentant sous la forme d'une tuméfaction arrondie vers le milieu du placard. Très sensible au toucher, elle s'ouvre généralement, spontanément, laissant s'écouler un pus conte-

nant des bacilles de Ducrey. L'ulcération est semblable à celle des chancres mous; la guérison est rapide.

c) *Signalons encore* que nous avons rencontré comme complications un cas de phlébite et un cas d'érysipèle.

d) *Complications nerveuses.* — Elles se présentent sous forme de douleurs névralgiques, à intensité anormale, intéressant surtout le territoire du médian. Elles coïncident avec vastes ulcérations, par exemple celles siégeant au voisinage de la racine des doigts.

Le malade se plaint d'une sensation de brûlure, d'élançements, augmentée par les mouvements. L'excitation en surface est excessivement pénible; par contre, une pression forte est beaucoup plus supportable.

OBSERVATIONS

Chancres mous primitifs

Observation I

Chancre du doigt.

(Siébert, *Medizinische Klinik*, 1905) Traduction.

N..., qui prétend n'avoir jamais eu de maladies vénériennes s'est huit jours avant de venir à la consultation, égratigné le dos du petit doigt gauche avec un éclat de bois. Le jour suivant, il s'était formé à cette place une petite pustule que le malade traita avec de « l'emplâtre salutaire des voyageurs ». Ensuite il se rendit à une visite médicale. Sous la pustule, il se forma une ulcération qui montra aussitôt une grande tendance à l'extension.

Etat : Sous la deuxième phalange du petit doigt gauche, sur sa face dorsale, se trouve une ulcération largement élevée de la grandeur d'une pièce de 1 pfening. Elle s'est installée sur des tissus rouges, enflammés, profondément infiltrés, même dans les environs passablement éloignés. Le bord de l'ulcération est de couleur bleuâtre, taillé à pic et décollé, d'environ 1/4 de centimètre. Sur le fond de l'ulcération on aperçoit des granulations mollasses et hémorragiques. L'ulcération est très douloureuse au toucher, et saigne facilement. On ne constate d'augmentation de ganglions ni au coude ni à l'aisselle.

D'une part l'ulcération n'offre rien de caractéristique pour une lésion spécifique. Le diagnostic de syphilis ne se pose pas étant donné la grande tendance à une évolution rongeante aiguë. On pensa alors au chancre mou. A la rigueur, l'affection avait une ressemblance avec un processus tuberculeux à la période d'état.

Il fut fait une biopsie avec coloration spéciale du B. K. mais le

résultat fut négatif. L'ulcération fut alors traitée énergiquement à l'acide phénique.

Le jour suivant les bourgeons se sont détachés seuls; mais l'ulcération était devenue considérablement plus grande, et les manifestations inflammatoires ont encore progressé.

L'ulcération atteint bientôt une pièce de 2.marks et le doigt est gagné par une enflure uniforme. Sur l'ulcération, présence de granulations d'aspect torpide. On peut arriver, à l'aide d'une sonde, jusqu'à 2 cm. de la matrice de l'ongle en soulevant la peau par dessous. Cette portion décollée est incisée et mise dans un pansement humide.

Les jours suivants les bords prennent une apparence purulente, lardacée et le malade ressent des douleurs violentes troublant le sommeil de la nuit.

Il fut fait à nouveau des préparations microscopiques avec le pus, et on trouva des bacilles de Ducrey. Une culture poussa en 48 heures.

Observation II

Chancre primitif du médius droit
(Jeanselme, *Bulletin médical*, juillet 1909)

Jeune homme adressé par le Dr R., présente une ulcération en forme de croissant, encadrant l'ongle du médius droit. Elle mesure 15 mm. transversalement, sur 6 à 7 mm. dans le sens longitudinal. C'est une perte de substance peu profonde, surélevée sur plateau érythémateux. Les bords, taillés à l'emporte-pièce, sont soulignés par une bordure opaline, formée par le clivage des couches épidermiques. Le fond est inégal, bourgeonnant, recouvert d'un pus épais, de débris jaunâtres, adhérents qui sont dus à la mortification de la trame dermique superficielle. L'ongle est d'apparence grisâtre et terne. L'ulcération n'offre aucune tendance au phagédénisme. Ne se complique ni de lymphangite, ni d'adénite épitrochléenne ou axillaire. Un examen attentif du sujet me permet d'affirmer qu'il ne porte aucune lésion de même nature, soit à la verge, soit en tout autre point de la surface tégumentaire. Ce chancre est donc unique et primitif.

Il y a environ six semaines, le malade a remarqué une légère rougeur au niveau de la sertissure de l'ongle. Le lendemain il s'était formé en ce point une petite trainée blanchâtre de pus. Le malade fait observer qu'il a souvent des « envies » et c'est vraisemblablement une de ces petites dénudations de l'épiderme qui a été la porte d'entrée de l'infection. Insignifiante d'abord, la plaie n'a pas tardé à prendre le caractère ulcéreux, et à s'étendre en dépit de toutes les médications, bains locaux à 45, pansements à H^2O^2 , et au sublimé. Contrairement à ce que vous pourriez croire, la contagion n'est pas accidentelle, le malade ne faisant aucune difficulté pour reconnaître qu'il a gagné ce chancre au contact d'une prostituée dont la vulve était garnie d'ulcérations.

Observation III

Chancres mous géants des doigts de la main
(Milian, *Annales des maladies vénériennes*.
décembre 1918)

Ph., âgé de 26 ans, adjudant-chef, entre à l'hôpital le 16 janvier 1918 avec le diagnostic de tourniole. Le 2 janvier, était apparue, au médius gauche, dans la rainure de l'ongle, bord cubital, une petite plaie douloureuse. Cinq jours après, à la base du même doigt, sur la face cubitale, apparaît une grosseur que le malade montre au médecin-auxiliaire du bataillon qui crut à une engelure. Trois jours après, la lésion se cicatrisa et forma un abcès que le médecin incisa après anesthésie locale. Il en sortit beaucoup de pus. Sur ces entre-faites, la main enfla à son tour, et deux jours après survint un autre abcès sur le dos de la main, un peu au-dessus de l'interligne articulaire du poignet que le médecin incisa le 14 janvier.

Le patient, entré à l'hôpital le 16 janvier, resta 7 jours en chirurgie où on le pansa et on se proposait de lui enlever l'ongle. Mais vu l'extension croissante des lésions, il me fut envoyé en consultation, où le diagnostic de chancre mou fut porté.

L'ulcération unguéale du médius siège au bord supérieur de l'ongle et sur la matrice, occupant la moitié cubitale de cette matrice et dépassant l'ongle jusqu'à la face latérale interne du même doigt.

Les dimensions en sont de un centimètre de hauteur, sur deux centimètres de largeur. Le fond est irrégulier, tomenteux, couvert d'un pus blanc jaunâtre épais, avec stries sanguinolentes.

Le bord inférieur descend sur l'ongle en pente douce. Le bord supérieur forme un sourcil, infiltré, qui surplombe le chancre et possède 4 à 6 mm. de hauteur. La lèvre de ce sourcil possède un petit liseré sanguinolent caractéristique du chancre mou.

L'ulcération de la base du médius est beaucoup plus grande, presque ronde, un peu allongée perpendiculairement à l'axe du doigt, et siège intégralement sur la face latérale interne de la première phalange. Elle dépasse en surface une pièce de cinq francs. Le fond a les mêmes caractères que le chancre péri unguéal, ci-dessus. La purulence est énorme, la phalange est très gonflée, ce qui permet au chancre d'avoir des dimensions si grandes. Le bord supérieur est extraordinairement décollé, et l'on peut à la base du doigt, pénétrer avec un stylet jusqu'à un centimètre, dans l'espace interdigital. Le médius et la main, surtout à la face dorsale, étaient œdématisés à l'entrée du malade. Il s'agissait d'un œdème mou et rosé qui a diminué aujourd'hui sous l'influence de la balnéation pratiquée chaque jour. L'ulcération du dos de la main a, à peu près, la dimension d'une pièce de un franc, à bords en pente douce, avec gros bourrelet externe, au-dessus du poignet un peu œdémateux.

Le tout extraordinairement douloureux.

Fièvre légère entre 37°2, 38°2 le soir.

Le 24 janvier le malade se plaint de la gorge. Il a un peu de rougeur sur les amygdales, l'haleine est fétide et la langue saburrale, mais on ne voit rien d'autre. La région cervicale gauche, montre une chaîne de petits ganglions latéraux du volume d'un haricot.

Le 28 février, les chancres sont cicatrisés, sauf celui du dos de la main qui suppure encore sous la croûte. Les ganglions du cou ont disparu.

Le 22 mars tout est rentré dans l'ordre.

Observation IV

Chancre mou du poignet.

(Obs. due à l'obligeance de M. le professeur Petges, 1917.)

P... Félix, 30 ans; soldat; est en traitement pour syphilis primaire et secondaire. Il a reçu cinq injections de novar, et 22 injections de cyanure de mercure, lorsque avant sa sixième piqûre de novarsénobenzol, il montre une ulcération de la face antérieure du poignet, près du bord cubital, dont le caractère paraît banal et échappe pendant quelques jours. Le traitement antiseptique et les pansements banaux prescrits d'abord n'ayant produit aucun effet, la lésion est examinée avec plus de soins. Le diagnostic de syphilis est évidemment éliminé en fin de traitement.

L'ulcération est ovale, de 2 cm. sur 1 cm.; les bords sont nets comme taillés à l'emporte-pièce, un peu décollés en certains points; le fond granuleux, franchement ulcéré est anfractueux, nécrotique par place; la suppuration est abondante; douleur à la pression et au contact, pas d'adénopathie épitrochléenne ou axillaire.

Le diagnostic de chancre mou n'apparaît pas tout d'abord; il est soupçonné par élimination et parce que le malade a aidé à panser des camarades atteints de cette affection.

Nous prescrivons un pansement humide à l'eau bouillie durant quelques jours; après quoi des examens microscopiques répétés sont effectués, mettant en évidence la présence des bacilles de Ducrey.

Guérison en trois semaines; nettoyage à l'éther, enfumage iodé, application d'iodoforme tous les jours.

Observation V.

Chancres mous de la main et du bras, pris pour des boutons d'Orient.

(B. N. Tonian Roussky, *Vestrick Dermatologii*,

t. VIII; n° 10, décembre 1930.)

Jeune homme de 28 ans, célibataire, n'ayant pas eu de maladie vénérienne, mais qui avait eu 7 ans auparavant au cours de son séjour en Asie Moyenne, un bouton d'Orient au pied droit.

La maladie actuelle a débuté il y a un mois par une lésion de l'index droit, avec tuméfaction de toute la main. Au bout de quelques jours, sont apparues successivement deux ulcérations de l'avant-bras, et une au pied droit. L'examen ne montre aucune lésion aux organes génitaux, ni aucune cicatrice suspecte.

A l'avant-bras, au-dessus du poignet et au bras, au-dessus du coude, on trouve trois ulcérations arrondies, de la dimension de 1 fr. à 5 fr., irrégulières, minces, suppurantes et douloureuses. Une quatrième ulcération est apparue au coude, près de celle déjà existante. Le début s'est fait par une pustule. Pas d'adénopathie au coude, ni sous l'aisselle. Autour de longle de l'index droit, on constate une infiltration à bords minés, reliquat du processus inflammatoire initial.

On porte d'abord le diagnostic de bouton d'Orient.

On pratique ensuite des examens bactériologiques. Les frottis des ulcérations et de l'infiltration péri-unguéale ainsi que les cultures, montrent le strepto-bacille de Ducrey.

Observation VI

Chancre du pouce.

(Annales des maladies vénériennes : 1933).

Malade de 28 ans, ingénieur économiste, qui s'était adressé à nous le 18 août 1931 avec des lésions d'érythème exsudatif multiforme, est venu le 24 août, au sujet d'une lésion se trouvant sur la face extérieure du pouce de la main droite. Le 8 août 1931 apparaît sur la face antérieure de la première phalange du pouce droit, une vésicule consécutive à une brûlure produite par une goutte de sucre en ébullition. Le 11 août, le malade a eu un coitus condomatus et le 13 juillet à l'endroit de la vésicule, apparaît un ulcère douloureux, pour lequel le malade s'est présenté à la clinique. En 1929 il avait eu une blennorragie, en 1930, un chancre mou.

La lésion actuelle présente une forme irrégulièrement arrondie, de la grandeur d'une pièce de 20 cm. en argent ayant l'aspect d'un profond ulcère, à fond purulent, aux bords hypérémiés, creusés ir-

régulièrement ; autour de l'ulcère se trouve un ourlet large de $1/4$ de centimètre, formé des restes d'épithélium blanchâtre, avec une bordure légèrement hyperémiée.

Sur les bords élevés de l'ulcère, deux à trois pustules punctiformes ; les ganglions épitrochléens et axillaires ne présentent pas d'augmentation. L'examen microscopique pratiqué sur les bords de l'ulcère a montré du B. de Ducrey. Le 25 août, apparition dans la région axillaire droite, d'un ganglion douloureux ayant les dimensions d'une noix. Après deux injections d'Ol. tebenthinœ, le ganglion s'est réduit et est devenu moins douloureux. Le malade est revenu le 12 septembre, après une absence de 12 jours ; il avait été envoyé en mission et ne s'était pas soigné. Autour de l'ulcère primaire, étaient apparus trois petits ulcères qui ont fusionné entre eux et avec l'ulcère primaire, ils occupent les $2/3$ de la première phalange du pouce et atteignent de 2 à 3 cm. de dimension.

La surface de l'ulcère est couverte d'une suppuration abondante, dans un prélèvement qui en a été fait, on a trouvé des streptobacilles.

Sous l'action du traitement, la cicatrisation a été obtenue le 21 septembre.

Quel a été le mécanisme de l'infection ? Le malade s'est servi d'objets de toilette dont avait fait aussi usage sa partenaire, et il est possible que cela ait pu être la cause de l'infection du doigt de la main au « *locus minoris resistentiæ* » après la brûlure occasionnée par le sucre.

Chancres mous du membre supérieur : secondaires.

Observation VII

Chancre de l'index droit avec lymphadénie.

(Scillay. *Archiv. für Dermatol.*, 1898.)

H. L..., 27 ans, garçon de magasin, célibataire, se présente le 22 décembre 1898, à l'hôpital Saint-Etienne avec des chancres génitaux datant de trois à quatre semaines, et qui avaient été traités jusque

là par une solution de sulfate de cuivre. Il y a environ trois semaines, il se frappa avec un morceau de fer, l'index droit qui enfla. Depuis la plaie ainsi faite, suppura continuellement.

Etat présent. — Phimosis. Autour du prépuce, petits chancres à base molle, douloureux, minés par dessous, à recouvrement jaunâtre, et dont les dimensions varient entre celles d'un grain de mil et d'un petit pois. Dans la région inguinale gauche, existe une éminence douloureuse, grosse comme un œuf de pigeon et recouverte de peau rouge foncé. Sur la première phalange de l'index droit, il existe une pustule de la grosseur d'un haricot, remplie de pus jaunâtre. Après enlèvement de cette pustule et du pus, on remarque un ulcère tout aussi grand, à base irrégulière, entourée d'un halo rouge foncé, à recouvrement jaunâtre. A l'avant-bras droit, le long des voies lymphatiques, court un cordon rougeâtre, qui se termine à la hauteur de la région cubitale droit, par une grosseur de forme plate, s'élevant un peu au-dessus du niveau de la peau, irrégulièrement délimitée, non fluctuante, infiltrés, douloureuse, rouge foncé, de dimensions dépassant un peu celles d'une pièce de cinq couronnes.

Dans le détritrus pris à la surface du chancre du doigt on observe des B. de Ducrey en assez petit nombre.

Observation VIII.

Chancre mou de l'index.

(Griffon et Deherain : *Annales de Dermatologie*, 1905.)

Il y a un mois, se sont développés au niveau du prépuce des chancres mous. Huit jours après, le malade se coupe le doigt, en brisant un verre et il inocule inconsciemment sa plaie, de virus chancrelleux. Un chancre mou prend naissance à la face dorsale de l'extrémité de l'index gauche.

Une adénopathie épitrochléenne très marquée ne tarde pas à se développer. Le ganglion très gros, très douloureux ne suppure pas, et aujourd'hui il a déjà beaucoup diminué de volume.

Mais, la particularité intéressante de cette observation est le développement à mi-chemin du chancre et du ganglion, sur le bord radial du bras, d'un abcès chaud, qui a suivi de quatre à cinq jours l'apparition du chancre au niveau de l'index.

Cet abcès s'est ouvert spontanément au bout de quelques jours, à la manière d'un bouton chancrelleux. L'examen microscopique n'y décèle ni B. de Ducrey ni les autres microbes de suppuration. Les cultures même sur sang gélosé demeurent stériles, sans doute à cause de l'époque tardive à laquelle ont été pratiqués lesensemencements.

Comme il n'existe pas de ganglions lymphatiques dans cette région du membre supérieur, il faut rejeter l'hypothèse de bubon suppuré. Il ne peut s'agir que d'un abcès lymphangitique à distance, de nature chancrelleuse, bien que l'on n'ait pu voir sur l'avant-bras, au dire du malade de traînées lymphangitiques. Tout ce qu'accuse notre homme, c'est d'avoir ressenti au moment où l'abcès s'est déclaré, des douleurs le long de l'avant-bras, comme s'il avait reçu un coup.

Observation IX.

Auto-inoculation par grattage, chez un malade atteint de gale et phthirase. Chancres mous du poignet (Gaucher, Druelle-Jacob : *Bulletin de Dermatologie*, 1910).

Le nommé Web... âgé de 32, ans journalier, a réalisé spontanément avec ses ongles, sur les poignets et sur le corps l'auto-inoculation

Le malade était atteint de gale, mais encore était porteur d'assez nombreux poux du pubis qu'on rencontrait sur la paroi abdominale thoracique, aisselle.

Il se grattait depuis trois mois, lorsque apparurent, vingt jours, environ avant son entrée à l'hôpital, sur la verge et sur les bourses, des ulcérations arrondies ou allongées, profondes, à bords décollés, suppurantes, ayant tous les caractères des chancres mous.

On constate encore une ulcération de même caractère au niveau du poignet gauche, avec ganglion épitrochléen. Enfin, bientôt apparaissaient deux nouvelles ulcérations l'une aux voisinages de l'ombilic, l'autre près de la hanche gauche.

Toutes ces ulcérations, avaient cliniquement le caractère du chancre mou. Le bacille de Ducrey a été trouvé dans les ulcérations génitales et celles du poignet.

Observation X.

Chancre simple du doigt chez un syphilitique, ayant fait croire à un accident tertiaire (Queyrat et Rouillaud : *Bulletin Société médicale des Hôpitaux*, nov. 1911).

Homme de 47 ans, cocher, a eu la syphilis il y a six ans. Traité pendant quatre ans, régulièrement, par injections d'huile grise il n'a pas eu d'accidents.

Depuis trois semaines, à la face dorsale de la phalangette de l'index droit, lui est survenu une ulcération ayant à peu près la surface d'une pièce de 50 c., irrégulière de contours, ovale ou plutôt ovoïde à grosse extrémité externe; les bords sont découpés mais pas décollés; ils paraissent en certains points se continuer avec les tissus périphériques. Le fond mamelonné, montre quelques points hémorragiques avec de petites croûtes formées de pus concrété.

À la périphérie on note une aréole d'un rouge vineux, inflammatoire, large de quelques millimètres, de sorte que l'ulcération est nettement surélevée, et paraît enchâssée dans ce petit monticule inflammatoire. La palpation ne montre aucune induration, mais seulement un peu d'infiltration périphérique; on détermine une légère douleur en même temps que quelques hémorragies localisées, et l'issue d'une petite goutte de pus en différents points.

Pas d'adhérences au plan profond; l'articulation des deuxième et troisième phalanges a ses mouvements un peu diminués.

Pas de ganglions épitrochléens ni axillaires.

L'ulcération est parfois douloureuse spontanément, surtout la nuit. Inquiet au sujet de cette plaie digitale, le malade est allé consulter un médecin qui, apprenant qu'il avait eu la syphilis, a fait le diagnostic d'accident syphilitique tertiaire. Ce malade a-t-il comme on le lui a affirmé un accident tertiaire? Il n'y paraît guère *a priori*. Un accident tertiaire de l'ongle se disposerait autour de la matrice de l'ongle; il serait demi-circulaire, plus infiltré, n'aurait pas ce fond mamelonné et hémorragique; il serait plus cuivré et plus rouge vineux, et au fur et à mesure que l'on énumère les différences se précise dans l'esprit un autre diagnostic : celui de chancre mou.

L'examen du pus que sécrète le fond de la plaie, montre en effet des B. de Ducrey en amas et en chaînettes.

Le résultat de l'auto-inoculation est positif.

Comment s'est produite la chancelle ?

Il y a six semaines, le malade à la suite d'un rapport extra-génital a contracté des chancres simples qui existent encore, sur la face muqueuse de son prépuce.

Quinze jours après, notre homme, qui est cocher, se fait en nettoyant sa lanterne, une coupure peu profonde à la face dorsale de la phalangelette droite. En pansant ses chancres génitaux, il s'est infecté, et l'ulcération s'est progressivement agrandie pour avoir les dimensions connues.

Observation IX.

Chancres mou du doigt.

(Vedel-Baumel : *Montpellier médical*, 1912).

Le 17 janvier, J..., Pierre, se présente pour plaie ulcéro-purulente du médius gauche, siégeant à l'union de la phalangine et de la phalangelette. Il s'agit d'une ulcération creusante, arrondie, à bords décollés et escarpés, à fond cratériforme avec pus abondant et débris tissulaires, dont le début remonte au 7 janvier. Cet homme s'est enfoncé, ce jour-là, un clou dans le doigt et deux jours après s'est développée, au point traumatisé, une ulcération qui est allée s'agrandissant peu à peu, jusqu'à acquérir les dimensions d'une pièce de un franc, et profondément jusqu'à intéresser les gaines tendineuses dont la pression fait sourdre du pus, et le squelette de la phalangine qui est épaissi. Dans une certaine mesure la lésion rappelle celle d'un panaris, mais d'un panaris spécial. C'est progressivement, que l'ulcération s'est étendue, d'abord en surface puis en profondeur. Elle a, de plus, une forme arrondie à telles enseignes que l'on pouvait penser à un chancre ulcéreux spécifique. Mais l'état des bords et de la cavité, le caractère très douloureux et l'abondance de la suppuration font d'autant plus penser à un chancre mou du doigt, qu'il existe depuis le 2 janvier sur le bord préputial, deux ulcérations de caractère chancrilleux, consécutives à un coït du 30 décembre.

Ces chancres préputiaux n'ont cessé d'être douloureux et de présenter un fond inégal et purulent et bien que le bourgeonnement cicatriciel commence à se marquer à leur niveau, l'on retrouve encore le décollement des bords et l'anfractuosité suppurante du fond qui caractérise les chancres simples.

Le bacille de Ducrey n'a pas été trouvé à ce niveau mais il a pu être mis en évidence, dans le pus obtenu par expression des gaines du médius.

Par ailleurs, la cicatrisation du chancre mou du doigt fut très longue.

Le 14 février, il n'y a qu'un faible début de cicatrisation. La guérison est survenue le 29 février, sans intervention chirurgicale, par le seul fait des bains antiseptiques; eau oxygénée, teinture d'iode, iodoforme, bains au permanganate à très haute température. A noter l'absence de retentissement ganglionnaire au niveau de l'épitrôchlée et de l'aisselle.

Observation XII

Chancres des doigts par inoculation d'une chancrelle de la verge sur des plaies traumatiques. (Bulletin de Dermato et syphil. : Hudelo et Bodman, 1912.)

G. T..., âgé de 19 ans, plombier zingueur, présente depuis quelques jours au niveau d'une coupure produite par un morceau de zinc, sur la face palmaire de l'index de la main gauche, une ulcération ronde de 2 cm, de longueur sur 1 cm. 5 de large; surélevée en plateau avec une vague induration de base, elle présente un fond irrégulier, tourmenté, suppurant assez abondamment; une auréole inflammatoire l'entoure. Il n'existe aucune adénopathie ni épitrôchléenne, ni axillaire. Sur la face interne du prépuce, près du frein, on trouve une lésion ovale, creuse, à bords nets et un peu irréguliers, à fond tourmenté et sinueux, de la dimensions d'une coupe de haricot; cette lésion n'a provoqué aucune réaction ganglionnaire. Elle datait au dire du malade, d'une dizaine de jours et aurait succédé à un coït suspect, à un intervalle de quelques jours seulement,

La recherche du B. de Ducrey a été positive dans les deux lésions. Recherche du tréponème négative, B.-W. négatif.

L'inoculation de chaque bras, de chacune des lésions, a fourni en quarante-huit heures des chancrelles typiques.

Le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, on remarque sur la face latérale externe du médius de la main droite, au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, une lésion furonculoïde, surélevée, conique, qui fut considérée de nature pyogénique. Mais les jours suivants, on voit cette lésion (développée sur un plaie traumatique) se modifier d'aspect, prendre les caractères d'une chancrelle, avec constatation positive du bacille de Ducrey.

Observation XIII.

Chancre mou de l'extrémité du médius.

(Massia et Lacassagne : *Bulletin de Dermato*, 1919.)

C..., Emile, 32 ans, manœuvre, entre à l'hôpital le 27 août 1919 pour ulcération de la verge. Présente depuis deux mois un écoulement blennorragique. Depuis un mois, ulcération douloureuse au niveau du frein.

Le 7 août, apparition d'un chancre mou, à la partie dorsale de la verge, avec ganglions non douloureux au niveau de l'aîne.

Depuis quelques jours, le malade présente à l'extrémité du médius gauche, une ulcération douloureuse, qu'il prenait pour une plaie banale et qu'il montre pour la visite. Cette ulcération est recouverte d'une croûte, mais celle-ci enlevée, il s'agit d'une ulcération à bords irréguliers très entaillés, nettement décollés.

Le fond est bourbillonneux, très suppurant : la plaie est moyennement douloureuse.

Ganglion sus-épitrochléen comme une noix, peu douloureux; quelques ganglions axillaires non douloureux, qui pourraient faire penser aux ganglions satellites d'un chancre syphilitique, si ce n'était l'aspect de la lésion du doigt et de la présence de chancrelles non douteuses.

Le 10 octobre le malade sort guéri des chancres du doigt et de la verge. Le bubonocèle n'est pas complètement cicatrisé; les gan-

glions sus-épitrochléens et axillaires persistent peu douloureux.

Le 26 octobre 1919, le malade revient à la visite pour un volumineux bubon siégeant à la partie supérieure du coude gauche, et consécutif à la chancrelle du doigt. Ce ganglion a les dimensions d'un petit œuf, il est rouge, douloureux, pas très fluctuant.

Au bout de deux jours, après des pansements humides, la suppuration est manifeste; on incise, il sort du pus en abondance.

Les suites sont normales, et la cicatrisation rapide.

Observation XIV.

Chancre mou du doigt.

(Vignes et Fournier : *Marseille médical*, 1927.)

M..., Angèle, 25 ans, vient consulter pour une lésion de la face dorsale de l'index droit ayant débuté environ un mois auparavant. Elle en rapporte l'origine à une brûlure superficielle qui s'est progressivement aggravée. Cette lésion apparaît sous la forme d'une ulcération siégeant à la face dorsale de la deuxième phalange de l'index près de son union avec la première phalange.

Très exactement arrondie, elle a environ les dimensions d'une pièce de 0 fr., 50. Très creusé de 3 à 4 cm., son fond est suppurant et bourgeonnant par places. Les bords à pic sont décollés, réalisant une rigole de suppuration très nette, lorsqu'on tend l'ulcération entre deux doigts, sur son diamètre transversal. Le pourtour, en territoire sain, est marqué par une zone inflammatoire. Cette lésion, siège de quelques sensations d'élancements au repos, devient très douloureuse au moindre mouvement et à la palpation. Il n'existe pas d'adénopathie, ni épitrochléenne, ni axillaire. La malade attire par ailleurs l'attention sur une lésion génitale au voisinage de la fourchette, et sur une ulcération périanale à caractères nettement chancrelliformes, à peu près contemporaines, dit-elle, de l'ulcération de l'index.

Après des pansements banaux, la malade est revue quelques jours après; l'ulcération de l'index est toujours très douloureuse et recouverte d'une croûte brunâtre très adhérente. Son ablation donne issue à une petite quantité de pus mêlé de sang et montre une lésion

d'aspect à peu près inchangé, à l'exception de quelques bourgeons mollasses plus exubérants. Ces bourgeons sont cautérisés au crayon.

Une intra-dermo-réaction se montre le lendemain très nettement positive.

On pratique le 12 mars, une injection intra-veineuse de $1/2 \text{ cm}^3$ de vaccin antistrepto-bacillaire; on revoit la lésion le 15 mars, elle s'est notablement améliorée : les bords se sont recollés, le fond lisse, uni, de bon aspect s'est exhaussé, les douleurs sont très atténuées.

Une injection intra-veineuse de 1 cm^3 de vaccin est pratiquée; revue le 18 mars, la lésion est complètement épidermée. Les chancres génitaux sont très améliorés mais non complètement cicatrisés.

Observation XV.

Chancres mous de l'auriculaire.

(Bureau et Barou : *Annales des maladies vénériennes*, 1928).

Armand L..., âgé de 23 ans, entre le 10 octobre, présentant sur le gland et la face interne du prépuce, des lésions ulcéreuses ayant l'aspect de chancres mous, avec adénite inguinale douloureuse. Ce malade est atteint en même temps, à l'extrémité de l'auriculaire droit, de lésions faisant penser à un panaris. Une intra-dermo-réaction au Dmelcos, pratiquée sur le bras du malade, donne un résultat négatif. Il est fait aussi à ce moment un examen sérologique au point de vue syphilis par les diverses méthodes que nous employons habituellement. B.-W., Meinick, Vernes, qui donne un résultat négatif. Le malade est mis en observation et on se contente d'un traitement local des ulcérations génitales. Mais le panaris de l'auriculaire, subit une aggravation progressive et malgré les pansements antiseptiques, les incisions locales, l'aggravation est telle que le malade est envoyé dans un service de chirurgie où on juge l'amputation de la phalangette nécessaire.

Quand le malade revient dans notre service, la phalangette suppure toujours. L'état des chancres n'est pas non plus amélioré, et

on fait le 5 novembre, une nouvelle intra dermo-réaction au Dmelcos qui cette fois est nettement positive.

Aussitôt traitement au Dmelcos : le 25 novembre la cicatrisation est complète.

Pour avoir la cicatrisation du doigt, il a fallu faire une nouvelle série de Dmelcos; et ce n'est que le 25 décembre que le malade sort complètement guéri.

Observation. XVI

Chancre mou du pouce.

(même auteur.)

D..., est âgé de 23 ans, entre le 23 novembre 1928 porteur de trois chancres ulcéreux et suppurants du sillon balano-préputial avec adénite inguinale, inflammatoire et douloureuse. Au niveau de la face palmaire du pouce de la main droite, présence d'une ulcération anfractueuse, à bords irréguliers et déchiquetés, suppurant abondamment et qui serait survenue une trentaine de jours après l'apparition des chancres.

Une intra-dermo-réaction au Dmelcos, pratiquée chez ce malade est nettement positive.

B. W. est négatif.

Traitement par injections intra-veineuses de Dmelcos, début,, le 25 novembre. Dès la première injection, le chancre du pouce et ceux de la verge se mettent à régresser en même temps; la cicatrisation est complète le 4 décembre et le malade sort guéri le 11 décembre.

Observation XVII

Chancre mou de l'index

(Bureau et Baron, *Annales des maladies vénériennes*, 1929.)

G... Jean, chauffeur à bord, entre le 30 mai 1929. Ce malade était entré dans un service de chirurgie, pour ulcération du doigt, située sur la face dorsale de la deuxième phalange de l'index gauche.

Le 4 mai, écorchure du doigt en travaillant. Au bout de cinq à six jours, survient une plaie saignante d'environ un cm. de diamètre; elle grandit les jours suivants, si bien que, quand le malade arrive dans notre service, on constate une ulcération de deux centimètres de diamètre, à bords surélevés, bien découpés, présentant tout autour une zone inflammatoire en bourrelet. Le fond de la plaie est tomenteux, sanieux, l'ulcération est légèrement douloureuse, spontanément et à la pression; il n'y a pas d'induration. Il existe enfin un gros ganglion, non douloureux, et quelques petits ganglions sous l'aisselle. Antérieurement, le 11 avril, le malade eut, à Fort-de-France, des relations avec une femme du pays.

5 à 6 jours après de petites lésions apparurent dans le sillon balano-préputial; on lui fit des applications de pommade au calomel et des lavages à l'eau boriquée. Mais les lésions s'agrandissent et s'ulcèrent, la verge est très œdématiée, rouge, douloureuse et présente trois ulcérations légèrement indurées.

Ce sont des ulcérations à bords saillants, déchiquetés, à fond sanieux, tomenteux, suppurant, légèrement douloureuses à la pression.

Une autre lésion plus petite, ovale, d'environ un centimètre de diamètre, et située à droite sur la muqueuse préputiale, présente le même aspect. Enfin on trouve deux petites ulcérations sur les lèvres du méat.

De chaque côté, dans les aines, existent des paquets ganglionnaires, volumineux, mais non douloureux.

Intradermo-réaction au Dmelcos : positive.

B.-W. négatif.

On commence le 7 juin, une série d'injections intraveineuses de Dmelcos, continuées les 10, 12, 14, 17, 19 juin.

Dès la seconde injection, les lésions commencent à s'améliorer, le 16 juin cicatrisation complète du doigt. Le 20, guérison de la verge.

Observation XVIII

Chancre mou de l'index.

(Danlos et Levy-Frankel : *Bulletin de Dermato*, 1918.)

Malade atteint de chancre mou de l'index droit. Ce chancre s'est développé sur une écorchure, par auto-inoculation, secondairement à des chancres mous préputiaux.

La réinoculation est positive.

Nombreux bacilles de Ducrey.

Observation XIX

Chancre mou de la main.

(Danlos et Deroy, *Bulletin de Dermatol.*, 1908.)

Homme de 24 ans, qui présentait, depuis deux mois, une couronne de chancres mous typiques au niveau du sillon balano-préputial, a vu se développer depuis dix jours, sur la base de l'annulaire de la main droite, une ulcération ayant aussi l'aspect d'un chancre mou. Large comme une pièce de un franc, elle s'est accompagnée presque d'emblée d'un bubon cubital suppuré très volumineux. L'examen du liquide chancereux et du pus du bubon a été négatif.

L'inoculation s'est produite à la suite d'érosion

Observation XX

Chancre mou de la main.

(Truffi, *Giornale italiano delle Malattie venerie e della Pelle*, 1914)

Marin anglais, 30 ans, entré le 18 juillet 1914; porteur depuis un mois environ de chancres mous du sillon balano-préputial. Vingt jours avant son entrée à l'hôpital, blessure de l'index de la main droite.

A l'examen, chancres mous du sillon balano-préputial.

A la région dorsale de l'index droit, à l'articulation de la première et de la deuxième phalange, ulcération ovaloïde creusée dans toute l'épaisseur de la peau.

Sur le dos de la main, correspondant au deuxième métacarpien,

deux tuméfactions arrondies, fluctuantes au centre, grosses comme une petite noix et réunies entre elles par un cordon dur qui représente évidemment un vaisseau lymphatique enflammé. A l'avant-bras, pas de lymphangite. A l'épitrachlée et à l'aisselle, on note des ganglions gros comme un haricot, légèrement douloureux à la pression.

Malgré le traitement, les deux tuméfactions se transforment en peu de jours en deux ulcérations, qui reproduisent les caractères de l'ulcération du doigt.

Dans le pus des ulcérations du doigt et de la main on met en évidence des B. de Ducrey.

Energiquement cautérisés au chlorure de zinc, les chancres du doigt et de la main, sont en bonne voie de guérison, quand le malade sort de l'hôpital le 8 août.

Chancres mous des membres supérieurs d'origine accidentelle.

Observation XXI

Chancres mous accidentels de la main.

(Médecin-major Battut, *Journal des maladies cutanées*, mai 1905.)

Le 16 décembre 1904 le soldat X, du 144^e d'infanterie, entre à l'hôpital militaire de Bordeaux pour chancrelle du prépuce. Celle-ci datait de 15 jours; elle était accompagnée d'un phimosis très serré, d'une adénite inguinale droite volumineuse, enflammée avec rougeur et adhérence de la peau, d'une lymphangite du pénis. Il existe une blennorrhagie concomitante. Le docteur L... pratique une incision dorsale médiane. Mais en suturant ses deux lèvres, l'aiguille pénètre d'un centimètre environ, à la face dorsale du premier espace inter-métacarpien de la main gauche.

Trois jours après, douleurs profondes au point d'inoculation, sans nodosité, ni chancrelle cutanée.

Au 4^e jour, légère incision et débridement avec un bistouri aseptisé et un peu souillé près de la pointe. Il ne vient pas de pus. Au 5^e jour cautérisation à la teinture d'iode pure. Au 10^e jour, grosse

induration profonde, rougeur inflammatoire autour de la plaie, tension marquée.

Le 29, la plaie prend un aspect nettement chancrelleux et a la surface d'une pièce de 0 fr. 50. Fièvre et insomnie; adénite axillaire très perceptible et surtout très douloureuse. Le 1^{er} janvier (15^e jour) : induration blafarde, déchiquetée, profonde de 3 mm., la peau est soulevée avec un peu d'exsudat de pyodermite. Gros ganglion de l'aisselle, perceptible et douloureux.

Le 6 janvier, l'ulcération a gagné du côté radial et en profondeur. Il s'est formé une tumeur saillante avec deux petits pertuis cutanés; douleurs violentes; l'adénite a doublé de volume.

Le 23 janvier, M. le professeur Chavannaz est appelé en consultation. On n'est pas d'avis d'accéder au désir du malade, d'enucler la tumeur, de crainte de chancrellisation secondaire.

Le 7 février : gros cordon douloureux partant du pli du coude et qui s'étend vers la face postéro-cubitale de l'avant-bras; constituant une véritable phlébite. Néanmoins on peut opérer une mastoïdite d'urgence.

1^{er} mars : application sur la plaie de la main de vaseline iodoformée et poudre d'orthoforme : apparition d'une éruption médicamenteuse.

21 mars : frissons violents durant 1 heure et demie, nausées, délire violent. Bord postérieur de l'aisselle douloureux; gros œdème. Rougeur et chaleur vers la pointe de l'omoplate, fluctuation le jour suivant.

Le 25 mars : même état général et de l'aisselle à la colonne vertébrale, plaque d'érysipèle.

Le 28 mars : boursofflure en haut de l'omoplate et sur la partie postérieure de l'épaule avec aspect franc du bourrelet érysipélateux, douloureux et cuisant.

Le 5 avril. Le malade se lève, quoique très affaibli; brusque rétrocession des phénomènes inflammatoires axillaires. Persistance d'un cordon veineux induré au pli du coude. Guérison. Départ à Nice.

Observation XXII

Chancre mou du doigt

(Milian : *Paris-Médical*, 1918.)

En incisant un bubon chancrilleux, le Dr L... est, du fait d'un mouvement du malade, touché par la pointe du bistouri, chargé de pus sur la face radiale de la deuxième phalange de l'index gauche.

La plaie produite, linéaire, peu profonde, mesure 6 à 7 mm. de longueur. Application immédiate de teinture d'iode, séjour du doigt pendant dix minutes dans l'alcool à 95°; pansements humides à l'oxycyanure de mercure. Quatre jours plus tard, la plaie ne s'est pas refermée, ses bords sont jaunâtres, il en sort un peu de liquide sanguinolent; il existe une petite zone inflammatoire, des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, Mais il n'y a ni lymphangite, ni adénite.

Pas de bacilles de Ducrey à l'examen microscopique.

Dans les jours suivants, se développe une ulcération typique qui atteint 1 cm. et demi de diamètre au 11^e jour.

L'examen microscopique décèle le bacille de Ducrey le 9^e jour. Au 36^e jour, la lésion atteint les dimensions d'une pièce de un franc.

La cicatrisation ne fut obtenue qu'au bout de deux mois. Le B. W. était négatif.

Observation XXIII

Chancre mou du pouce, d'origine professionnelle.

(Dr Thibierge, Thèse de M. Bagon, Paris 1920.)

Maurice B..., 28 ans, infirmier dans une clinique de vénériens. Le 20 avril 1920, se pique l'extrémité du pouce avec la pointe d'un bistouri qui venait de servir à une opération qu'il ne peut préciser. Continue son travail. Cependant 24 heures après, il remarque au point piqué une pustule rouge vif, tendue, douloureuse. Le jour suivant, la pustule est remplacée par une petite phlyctène mucopurulente, entourée d'une zone inflammatoire rouge vif, doulou-

reuse. Le médecin de l'établissement pense à un panaris du pouce, et en 4 jours pratique 3 incisions.

L'hémorragie a toujours été abondante, mais n'a jamais donné de pus; les souffrances sont au maximum et le malade se décide à aller à la consultation de chirurgie. La plaie y est traitée comme une inflammation banale par des pansements humides, et du vaccin anti-staphylococcique de l'Institut Pasteur.

Pas de résultats. Devant l'aspect anormal des lésions et leur résistance au traitement, on envoie le malade à la consultation du Dr Thibierce, où le diagnostic de chancre simple est aussitôt posé.

Le malade se trouve donc au 10^e jour de sa maladie. Il présente au pouce gauche, à la partie supéro-interne, une ulcération triangulaire de 2 cm. et demi de long, sur 2 cm. de large. Ses caractères, bien que considérablement modifiés par les traitements antérieurs, sont ceux du chancre simple : ulcération profonde, à fond irrégulier. Partie péri-unguéale bourgeonnante, tomenteuse, entourée d'un bourrelet exubérant en formé de chou-fleur. La partie inférieure a des bords nets, à pic, taillés au couteau. Nettement décollé, on y remarque le petit liseré rouge caractéristique du chancre simple. Trajet fistuleux sous-cutané assez étendu, se prolongeant jusque dans le premier espace interosseux. Le fond de la plaie est grisâtre, granuleux, irrégulier avec stries rougeâtres sécrétant une quantité considérable de pus.

Autour de la plaie la peau est rouge, tendue, oedématiée, formant un bourrelet qui enchâsse l'ulcération.

L'enflure a gagné la racine du pouce et le bord radial de la main. Le pourtour de l'ulcération est le siège de douleurs extrêmement vives, spontanément et à la pression.

L'état général est atteint de façon légère : amaigrissement, fièvre oscillant entre 37° 5 et 38° 5.

Au niveau du poignet et face antérieure de l'avant-bras, traînées lymphangitiques avec oedème rouge, dur, un peu sensible. La peau est sèche, lisse.

Quelques jours après, à deux travers de doigt du milieu du pli du coude, on voit apparaître une tuméfaction arrondie, à contours un peu diffus, douloureux, de couleur rouge violacée, et du volume

d'une pièce de cinq centimes. C'est un abcès lymphangitique chancrelleux. La collection purulente se forme, on incise et on curette.

Guérison rapide.

En aucun moment de l'évolution on ne remarque de ganglion épitrochléen. Par contre les ganglions axillaires s'engorgent de bonne heure, formant une masse assez considérable, douloureuse, avec légère inflammation et rougeur de la peau. Pas de suppuration.

Vers le 8^e jour de son entrée le malade se plaint de troubles visuels, récidive d'une ancienne choroïdite.

Le 21 mai, il est fait avec du pus de l'ulcération du pouce une inoculation au bras. Positive en deux jours.

Un examen du pus de l'ulcération du pouce, révèle à côté de nombreux microbes d'apparence banale, quelques bacilles de Ducrey.

Le 10 mai on pratique un B. W. qui est négatif.

Le malade sort guéri le 9 juin.

Observation XXIV

Due à l'obligeance de M. le Professeur Petges.

Chancre mou primitif de l'annulaire.

F... Edouard, 33 ans, mécanicien, vient pour ulcération de l'annulaire droit.

Vers le 1^o janvier il se blessa en mettant son automobile en marche : il en résulta une sorte d'incision en croix au niveau de la face dorsale de la première articulation de l'annulaire.

Il cautérisa alors cette plaie avec un crayon destiné à arrêter les hémorragies causées sur la face, par le rasoir. En trois ou quatre jours la plaie s'élargit. Il la soigne à l'autoplasme et au métavaccin; la plaie s'étend toujours.

Il vient le 19 février 1934 à la consultation de l'hôpital St-André, et entre à l'hôpital du Tondu le soir même.

Au point de vue des antécédents, on note un chancre syphilitique de la lèvre en 1921 à Kénifra. On fait une série de piqûres intra-veineuses, une autre série au Canada, enfin une autre à Paris.

Le malade ne peut préciser le nom du produit.

L'an dernier apparition de lésions sur la verge guéries rapidement par le sulfarsénol.

Le malade ne se souvient pas avoir eu des prises de sang ayant donné un B. W. positif.

A l'examen on constate sur la face postéro-interne de l'annulaire droit, l'existence d'une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de de 10 fr.

Elle est rouge, bourgeonnante, suppurant par places. Les bords sont très surélevés, la peau environnante très enflammée.

L'ulcération est très douloureuse à la pression au point d'être parfois syncopale.

La syphilis étant soupçonnée, on recherche les tréponèmes : mais les résultats furent deux fois négatifs.

Le Bordet-Wassermann est négatif.

Néanmoins on décide de commencer une série de Novar.

Le 27 février, on fait une intradermo-réaction au Dmelcos qui se montre positive ainsi que la recherche des bacilles de Ducrey.

L'ulcération du doigt après hospitalisation du malade, s'est accompagnée d'une adénopathie sus-épitrochléenne droite, douloureuse, à type inflammatoire. Elle a atteint en trois semaines le volume d'un gros œuf de poule, et est devenue fluctuante.

Le chancre, par contre, traité aux enfumages iodés, et par des injections intra veineuses de Dmelcos a cicatrisé en 15 jours.

Le 20 avril on fait une ponction du bubon épitrochléen qui donne un demi-verre de pus, lié et sanguinolent. Après massage, injection de pommade iodoformée. Guérison complète le 3 mai.

Le chancre s'est greffé sur l'excoriation accidentelle, datant de trois jours, grâce à une contamination digito-vulvaire avouée.

Czillag	<i>Annales de Dermatologie et Syph.</i> (1900).	Chancres multiples du pénis et du scrotum. Chancre de l'annulaire.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i> (1900)	Chancre mou du pénis. Chancre mou entre le pouce et l'index.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancres du prépuce. Chancre du médius droit.
Queyrat	<i>Id.</i> (1902)	Chancres préputiaux. Chancres de l'index gauche.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancres du frein, du gland, du prépuce. Chancre de l'index droit.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancres du méat. Chancre de l'index gauche.
Queyrat	<i>Annales de Dermatologie et Syph.</i> (1902).	Sept chancres du frein, du gland, du prépuce. Chancre du pouce droit.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancres du prépuce, du frein. Chancre du médius droit. Chancres mous préputiaux. Chancre mou de l'index droit.
Danlos et Levy-Frenkel	<i>Bulletin de la Société de Dermatologie,</i> (1908).	
Queyrat et Bricout	<i>Annales de Dermatologie et Syphil.,</i> (1908).	Chancre du prépuce. Chancre mou de l'index gauche.
Gaucher et Druelle	<i>Bulletin de la Société de Derm.</i> (1910)	Chancres mous génitaux. Chancres mous du poignet.
Mérian	<i>Monatschrift für dermatologie</i> (1911)	Chancre mou de l'avant-bras.

Sprecher	<i>Giornale italiano dell' malattie veneree,</i> (1916)	Chancres mous du sillon balano préputial. Chancres mous de l'avant-bras droit.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancres simples siégeant sur nodules hémorroïdaires. Chancres du médius de la main droite.
Ricord	<i>Traité pratique des maladies vénériennes</i> (1838).	Chancre de la verge. Chancre de l'index droit.
Le Pileur	<i>Journal de Médecine de Paris</i> (1888).	Chancre du médius.
Nové-Josserand	<i>Province Médicale</i> (1891).	Deux chancres du sillon balano-préputial. Chancre avec lymphangite de racine de la verge. Chancre de la face interne de l'index gauche.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre du col utérin. Deux chancres des petites lèvres.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre de l'index droit. Chancre mou du méat urinaire. Bubon suppuré à l'aîne droite.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancre de l'index droit. Ulcérations fissuraires au pourtour du méat urinaire. Chancre de la racine de l'annulaire.
Gaston	<i>Annales de Dermat. et de Syph.</i> (1894).	Chancres mous génitaux cicatrisés. Chancre mou de la face palmaire de l'index droit.
<i>Id.</i>	Th. Groleau.	Chancres mous multiples de la face, des doigts, verge.
Cheinisse	<i>Journal des maladies cutanées et syphilitiques</i> (1894)	Chancre de la verge. Chancre de l'annulaire gauche. Chancre du médius droit.

Mauriac	Th. Groleau	Chancre de la verge. Chancre de l'index.
<i>Id.</i>	<i>Id.</i>	Chancres de la verge. Chancre mou du pouce gauche.
E. Fournier	Th. Chatin	Chancre de verge. Chancre mou du bras au tiers supérieur.
Joseph	<i>Annales de Dermat. et syph.</i> (1896).	Chancre mou de la main.
Sibut	<i>Id.</i> (1898)	Chancres mous génitaux multiples. Chancre mou de la face dorsale de l'index gauche. Chancre mou du médus droit.
Jullien	<i>Annales de Dermat. et Syph.</i> (1898).	Chancre mou du pouce droit.
Balzer et	<i>Id.</i> (1900)	Six chancres mous du prépuce.
Alquier		Chancre mou du médus droit.

3. Chancres mous du tronc et de l'abdomen.

Les chancres mous du tronc et de l'abdomen sont parmi les plus rares, des chancres mous extra-génitaux.

Ce sont en général des chancres secondaires, c'est-à-dire qui coïncident avec des ulcérations chancrelleuses génitales.

Nous n'avons pu recueillir qu'un cas de chancre primitif siégeant à la partie supérieure du pubis. Bien que faisant plutôt partie d'un siège péri-génital, qu'extra-génital, nous publierons tout de même ce cas, étant donné son extrême rareté.

Des quelques observations que nous avons pu étudier, rien de bien particulier ne peut être relevé, en ce qui concerne les signes : En effet ce sont ceux des chancres mous en général.

Toutefois, il ressort de ces quelques cas, que les ulcérations ont une tendance à occuper des dimensions beaucoup plus considérables que n'en présentent celles des chancres génitaux.

Evidemment nous ne saurions généraliser, en présence d'un aussi petit nombre d'observations, d'autant plus que l'on est en droit de penser, que cela est peut-être le résultat d'une thérapeutique mal appropriée. On n'observe pas, en général, d'adénopathies.

Les bubons, consécutifs aux chancres du tronc, n'existent vraisemblablement pas. Nous basons cette affirmation non pas sur les observations qui sont rares, mais sur une méthode tombée dans l'oubli, et qui a pourtant joui d'une certaine vogue vers 1850.

C'est la théorie de la syphilisation d'Auzias-Turenne :

Ce médecin inoculait et réinoculait au malade, des chancres qu'il croyait syphilitiques, jusqu'à ce que cette inoculation ne donne plus qu'un résultat négatif. Il considérait alors le sujet comme n'étant plus apte à subir l'évolution syphilitique, par suite d'une sorte de saturation. En réalité, il inoculait des chancres simples. C'est un convaincu qui essaya sa méthode sur lui-même. On put constater lors de son autopsie, de très nombreuses cicatrices sur la partie antérieure de la poitrine, sur la partie latérale gauche du thorax. On n'a pas constaté de cicatrices de bubons.

Cette doctrine eut des adeptes, notamment Spérino en Italie, et Bocek de Christiania. La durée de la cure, d'après les observations de Bocek, variait entre cinq et huit mois. Le nombre des chancres inoculés au malade durant cette période était de 350 à 700. La région d'élection était surtout la partie latérale du thorax et de l'abdomen. Malgré le chiffre incalculable d'inoculations ainsi faites, il n'est pas mentionné de bubons venant compliquer cette pratique.

On ne doit donc rejeter par crainte de cette complication la pratique de l'auto-inoculation parfois si utile au point de vue diagnostique.

OBSERVATIONS

Observation I

Chancres de l'épaule

(Puche : *Union Médicale*, 1853.)

M..., âgé de 19 ans, menuisier, est admis dans mon service le 13 avril 1840.

Il était affecté de trois chancres, qui avaient pour siège le frein, le gland, et l'impasse du prépuce. L'invasion de ces chancres remontait à 68 jours, incubation comprise. Sur l'épaule gauche de ce malade, presque au centre de l'omoplate, existait une ulcération ayant la forme d'un ecthyma; elle était large comme une pièce de 0 fr. 50 et datait de douze jours.

M... qui en était à sa première affection vénérienne, ne pouvait assigner aucune cause déterminante à cette lésion. Le 14 avril les chancres sont pansés avec de la charpie sèche, la propreté des parties malades entretenue par des lotions d'eau chlorurée. Pour traitement interne je prescrivis 25 gr. de solution chloro-mercurique, à prendre tous les matins. Le même jour, le pus sécrété par l'ulcère de l'épaule est inoculé à la cuisse droite. La piqûre s'enflamme, détermine une large pustule, qui bientôt s'ulcère et prend la forme ecthymateuse. Le 25, le frottement des vêtements irritant les plaies de l'épaule et de la cuisse, je les fais recouvrir avec une bande de sparadrâp de Vigo au mercure.

Le 20 mai les ulcérations artificielles qui sont devenues proéminentes passent à la période de réparation. Une adénite, peu volumineuse, se développe dans la région inguinale gauche. Malgré le repos au lit et les cataplasmes, elle marche rapidement vers la suppuration.

Le 26 l'épaule et la cuisse sont guéries.

Le 19 juin, M... part complètement guéri.

Observation II

Chancre du tronc.

(*Roussaia Medicina Isatschik*, 1894, n 31.)

Malade de 26 ans, vient à la consultation pour douleurs du côté gauche du thorax.

A l'examen on constate, à la partie inférieure de la moitié gauche, un ulcère mesurant 8 cm. de largeur sur 4 cm. de hauteur, à bords décollés, entourés d'une zone inflammatoire.

Quelques ulcérations sur la verge au voisinage du gland.

Les ulcérations du gland se sont montrées trois jours après un coït et datent de 15 jours.

Quatre jours après l'apparition des premières ulcérations, survint l'ulcère de la paroi thoracique, dû probablement au transport du virus chancreux, par le malade lui-même; mais il ne peut donner aucune explication complémentaire, et ne sait comment l'infection s'est produite.

Observation assez incomplète. Cependant Isatschik conclut formellement à l'existence d'une chancelle thoracique.

Observation III

Chancres du tronc et du mamelon

(Pospelow, in *Atlas international des maladies de la peau*, 1889.)

M. P..., 25 ans, domestique, mariée, malade depuis six semaines, entre le 10 janvier 1884 à l'hôpital Mjasmitzki.

A la face interne de la petite lèvre droite, et aussi au niveau de l'orifice de l'urèthre, et au niveau de la fourchette, se trouvent des ulcérations à bords rougis, décollés, assez profondément creusés et à fond recouvert d'une matière gangréneuse et grisâtre. Le resté du tégument externe, et des muqueuses, ne présente rien d'anormal.

Les ganglions lymphatiques du côté gauche sont augmentés de volume, cependant ils sont indolents à la pression.

Les autres ganglions sont normaux. On prescrit une pommade à l'acide carbonique et à l'axonge. Au bout d'une semaine, les ulcérations se sont détergées et ont commencé à se cicatriser.

La cicatrisation est terminée le 27 janvier.

Mais le 29 janvier apparaît sur le mamelon droit, une ulcération chancreuse semi-lunaire. Acide carbonique. L'ulcération du mamelon augmente alors que celles des organes génitaux guérissent : 29 janvier.

Vers le 17 février, après une augmentation progressive, l'ulcération du mamelon commence à se déterger. Il se produit une suppuration autour d'une escharre produite par une cautérisation provocatrice.

Gonflement notable autour de celle-ci.

Le 27 février l'ulcération du mamelon se cicatrise.

Le 1^{er} mars, se produit un gonflement au niveau de la partie postérieure du pharynx, résistant, indolent, à peine fluctuant.

Le 3 mars, fluctuation nette; température 37° 3.

On prescrit tous les jours 1 g. d'I K.

Le 13 mars le gonflement diminue.

On pourrait confondre avec une ulcération gommeuse. La lésion pharyngée de nature douteuse plaiderait en ce sens. Cependant, les signes observés et le manque total de syphilis dans l'anamnèse plaident en faveur du chancre mou.

Observation IV

Chancre mou géant de la paroi abdominale et de l'aîne.

(Ravaut-Celice-Vibert, *Bulletin de Dermatol.* 1927.)

R... E. âgé de 37 ans, nous est adressé le 26 janvier 1927 pour une ulcération géante de la région inguino-crurale droite, dont le début remonte à 19 mois.

Le 7 juillet 1925, présence au niveau de la région inguinale droite, d'une masse ganglionnaire peu douloureuse, qui serait passée inaperçue, n'était l'existence d'une petite ulcération banale sur la verge, apparue 3 semaines avant.

On fait alors le diagnostic de hernie ancienne, et le port d'un bandage exagère la tuméfaction qui devient douloureuse.

Une première réaction de B. W. est négative.

Trois semaines après, la masse grossit, devient violacée, grosse comme un poing et l'incision laisse couler un liquide sanglant. Les

jours suivants la fistule s'élargit, la suppuration commence. On la traite par un vaccin, puis par une pommade au collargol, sans résultats. En mars 1926, la plaie a les dimensions de la paume de la main. Dans les mois qui suivent, traitement par curettage; poudres; pommades; vaccins divers. Six séances de rayons ultra-violets n'ont donné aucun résultat. L'extension périphérique continue.

En août 1926, hospitalisation deux mois, à l'hôpital Péan : pansements à l'innotyol; synthol dilué; oxyde de zinc. Pas de guérison.

La suppuration est profuse, d'octobre à janvier 1927. Les douleurs sont devenues très vives, gênant la marche et déterminant l'insomnie.

Dans les 17 mois précédents, les B. W. se sont montrés négatifs. Cependant, en décembre 1926, il reçoit quatre injections intra-veineuses de 12, 14, 36, 48 centigrammes de sulfarsenol. En janvier 1927, il entre à l'hôpital St-Louis. On constate une ulcération géante, oblongue de la surface des deux mains juxtaposées, à grand diamètre suivant l'arcade crurale droite. Cette plaie est occupée, à sa partie centrale par une bande large de deux doigts de tissu épidermique cicatriciel répondant à la zone ganglionnaire primitivement atteinte. Le reste de la plaie est occupé par des bourgeons d'où sort une suppuration abondante et fétide.

L'ulcération est douloureuse spontanément et au moindre attouchement.

Pas de stigmates de syphilis; pas d'antécédents. Pas de bacilles de Ducrey; pas de tréponèmes. Une biopsie montre des lésions d'inflammation chronique. Une intradermo-réaction au Dmelcos donne le lendemain un nodule dur et douloureux.

Au bout de huit jours la pression fait sourdre un pus dans lequel on ne décèle aucun bacille.

Une deuxième intra-dermo-réaction, le 18 février, donne lieu aux mêmes réactions érythémato-nodulaires. Un repiquage fait le 28 avec du pus de la plaie, détermine, en 48 h. un chancre mou typique.

Les résultats positifs de l'intra-dermo et du chancre de repiquage font poser le diagnostic de chancre mou géant. On pratique alors

un traitement au Dmelcos : l'ulcération se cicatrise, les douleurs disparaissent, le malade peut marcher.

Par contre l'évolution du chancre de repiquage est toute différente. Réalisée le 28 janvier, il est typique en 48 h. Le traitement est commencé le 2 février. Après la première injection, apparition d'une croûte, qui tombe au bout de trois jours laissant une ulcération profonde à bords taillés à pic. On doit le cautériser le 23 février et le panser à l'iodoforme.

Cette observation montre :

1° Chancre géant non diagnostiqué pendant 19 mois.

2° Identification par repiquage alors que la recherche du bacille s'est montrée négative ;

3° Le succès de Dmelcos : l'insuccès pour le chancre de repiquage.

Observation V.

Chancre mou phagédénique de la paroi abdominale, qualifié de lymphogranulomatose datant de 27 mois.

(G. Milian et Lenormand, *Bulletin de dermatologie*, février 1927).

Malade âgé de 48 ans, entré salle St-Louis pour une vaste ulcération de la paroi abdominale.

En novembre 1924, ce malade est hospitalisé pour chancre mou et bubon fistulisé. On incise l'abcès ganglionnaire et malgré les divers traitements locaux la cicatrisation ne se produit pas. Le malade a contracté à l'âge de 20 ans, la syphilis, le B. W. dans le liquide céphalo-rachidien est positif. Deux séries de 10 piqûres de Quimbry n'amènent aucune amélioration.

En mars 1925, on enlève la masse ganglionnaire inguinale. Quelques jours après, la plaie s'ouvre et s'ensemence sur la paroi abdominale.

Thérapeutique par les ultra-violets qui se montre inefficace. En août 1925, le malade est envoyé à Berck avec le diagnostic de lymphogranulomatose.

Ni la cure marine ni le curettage des ulcérations n'auront d'action appréciable.

Seules les trois séries de 914 sembleront apporter quelque amélioration à l'état local.

Le 17 janvier le malade est envoyé de Berck avec le diagnostic de lympho-granulomatose et en nous demandant d'instaurer un traitement radium-thérapique. On constate dans les régions inguinale et sus-pubienne, une cicatrice opératoire irrégulière, adhérente aux plans musculaires.

Au-dessous, et à gauche de l'ombilic dans une large zone infiltrée recouverte d'une peau rouge, violacée, se creuse une ulcération de la dimension d'une petite paume de main et profonde en certains points de un centimètre, l'ulcération irrégulière vaguement polycyclique, à bords décollés et friables, à fond irrégulier, recouvert de pus et de sérosités. Au-dessus du pubis, il y a une ulcération plus petite. A la verge, on trouve près du frein, une petite cicatrice.

L'auto-inoculation est positive : on y trouve du B. de Ducrey ; il est rare dans la sérosité de l'ulcération abdominale.

Le B. W. est en ce moment négatif : on fait tout de même du cyanure de mercure.

Cette médication associée aux pansements humides va amener une cicatrisation rapide de l'ulcération abdominale.

Le 8 février la guérison est presque complète.

De cette observation, on peut comme conclusion, dire que le chancre mou ne devait pas exister à l'état pur, et qu'il y a possibilité d'association syphilitique.

Observation VI

Double chancrelle du pubis avec bubon sans lésion des organes génitaux

(*Bulletin de dermatologie*, décembre 1920, Gaté et Giraud).

Il s'agit d'un malade qui est entré dans le service de syphiligraphie, pour deux ulcérations siégeant à la partie la plus élevée du pubis. Les bacilles de Ducrey s'y rencontrent en grand nombre et l'intradermo-réaction au Dmelcos est fortement positive.

En outre le malade présente un bubon droit. L'examen ne montre aucun autre chancre de la région génitale ni anale.

Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, l'intérêt de cette observation réside dans la situation peu fréquente de ces chancrelles, avec intégrité de la zone génitale.

4. Chancres mous du membre inférieur.

Les chancres mous du membre inférieur, quoique rares, sont malgré tout beaucoup plus fréquents que ceux du tronc. Comme le fait justement remarquer Chatin dans sa thèse, cela est dû au voisinage que présentent les parties supérieures des cuisses, avec la verge et le scrotum.

Ce sont presque toujours des chancres d'inoculation soit par les vêtements, les objets de pansements, soit par la verge couronnée de chancres.

Les mains jouent ici un rôle capital au point de vue de la contamination : dans une observation de Fournier, nous voyons un malade contracter un vaste chancre du mollet en grattant avec ses mains souillées de pus, une petite égratignure qui s'y trouvait.

Le diagnostic est généralement facile, étant donné la coexistence des chancres génitaux qui est généralement la règle.

On observe ici, les mêmes facteurs de gravité que dans les autres régions, en particulier l'état de moindre résistance de l'organisme.

Il nous faut noter la tendance aux phagédénisme des chancres mous du membre inférieur.

Les complications lymphatiques sont excessivement rares.

OBSERVATIONS

Observation I

Chancre de la malléole (Sorel, *Arch. médic. de Toulouse*, 1897).

Chancre simple du prépuce chez un homme de 26 ans, remontant à 25 jours; quelques jours après le début de ce chancre est apparue au-dessus de la malléole externe droite, une rougeur avec une tuméfaction d'origine indéterminée, sur laquelle se produisit peu après une ulcération recouverte de croûtes. A l'entrée, cette ulcération longue de 25 millimètres et large de 10 millimètres avait des bords déchiquetés, taillés à pic, non décollés, un fond grisâtre, recouvert d'un exsudat purulent; l'inoculation donna des pustules caractéristiques dans l'exsudat desquels on trouva du Ducrey.

Observation II

Chancre mou phagédénique du mollet (Fournier et Lœper, *Annales*, 1898).

Malade qui entre dans le service du professeur Fournier pour une ulcération de la face postérieure de la jambe droite ayant tous les caractères d'une lésion syphilitique tertiaire. Les lymphatiques de la partie interne de la jambe n'étaient pas engorgés et les ganglions de l'aîne, répondant aux vaisseaux du membre inférieur, n'étaient point perceptibles.

Le malade affirmait n'avoir jamais eu de chancre induré et ne présentait aucune tare de syphilis héréditaire, mais il était porteur depuis deux mois, au niveau du limbe préputial, d'une couronne de chancres mous typiques. La lésion de la jambe avait suivi de 15 jours environ, celle de la verge, et qu'il s'était sans doute inoculé le pus chancreux au niveau d'une petite érosion, soit par grattage, soit par frottement de son pantalon souillé, Il s'aperçut, en effet

qu'une petite écorchure prurigineuse qu'il portait à la jambe, avait un jour complètement changé de forme et d'aspect, qu'elle était devenue cratériforme, jaunâtre, puis avait atteint en deux semaines les dimensions qu'elle présente actuellement.

Les produits de raclage de l'ulcère furent colorés et montrèrent la présence des bacilles de Ducrey. On n'osa tenter l'inoculation au bras, vu le phagédénisme de l'ulcération.

Observation III

Chancres mous de la jambe (Vedel et Baumel, *Montpellier médical*, 1912).

Cultivateur de 38 ans entre à l'hôpital le 4 septembre 1912, porteur d'un chancre mou au niveau du frein et de trois ulcérations au niveau de la face antéro-interne de la jambe droite.

La lésion du frein remontait à un mois et demi et avait été constatée cinq jours après le coït; tandis que les ulcérations de la jambe dataient de 28 jours et s'étaient montrées peu à peu simultanément, 48 heures après un double traumatisme.

Au niveau du frein, on se trouvait en présence d'un chancre mou qui commençait à se cicatriser, mais qui avait encore conservé tous ses caractères essentiels. Au niveau de la jambe, s'étagaient trois ulcérations nettement arrondies, du volume d'une pièce de 2 francs, taillées à l'emporte-pièce avec des bords décollés et légèrement surélevés sur une cavité à fond anfractueux baigné de pus roussâtre. Ces ulcérations s'étaient constituées progressivement en profondeur et en surface, ne manifestaient aucune tendance cicatricielle et se montraient douloureuses à l'exploration. L'interrogatoire apprend que cet homme

1° avait fait une chute sur le genou droit ayant déterminé une érosion de la peau.

2° avait reçu sur la face antéro-interne de la jambe du même côté, une motte de terre ayant entraîné à son tour deux petites érosions.

Or c'est exactement au niveau de chacune de ces érosions que s'était développé un même processus d'inflammation ulcéro-nécrotique.

On eut la pensée que cet homme, soignant à la fois son chancre mou de la verge et ses plaies de jambes, avait dû inoculer ces dernières avec du bacille de Ducrey. Ce dernier ne put être décelé dans le pus d'une des ulcérations de la jambe. Le pus prélevé sur ces mêmes ulcérations et inoculé à la base du thorax du côté droit se développa un chancre d'inoculation typique.

Le chancre de la verge guérit par un traitement local. Les chancres de la jambe sont cautérisés le 14 et 17 septembre au thermocautère et quand le malade sort le 29 septembre, il ne persiste plus que deux érosions superficielles de l'étendue d'une pièce de 50 cm. en voie d'épidermisation. B. W. négatif.

Un fait à retenir : on n'a pas noté de retentissement ganglionnaire sur les ganglions de l'aîne, et d'autre part, le chancre d'inoculation expérimentale sus-mammaire n'a donné lieu qu'à une insignifiante réaction ganglionnaire à l'aisselle .

Observation IV

Chancre du mollet (Vedel et Baumel, *Montpellier Médical*, 1912).

C. Joseph, 25 ans, entre à l'hôpital le 30 juin 1919, porteur de quatre chancres de la verge, ayant débuté successivement le 25 mars, 5 à 6 jours après le coït. Il n'existait aucun stigmate de syphilis chez cet homme qui s'observait de près, inquiet de la longueur peu habituelle de son affection, sans cesser de mener du reste, une vie fort agitée et de fumer beaucoup. A notre examen, les chancres déjà anciens de la verge avaient perdu les caractères essentiels de la chancrille, mais il n'existait ni induration, ni adénopathie inguinale de caractère spécifique. D'autre part, on trouvait au niveau du mollet droit, un chancre de la dimension de 1 fr. qui présentait tous les caractères chancrilleux et ce chancre s'était développé il y a un mois environ à la suite d'une piqure d'insecte à une époque où la suppuration des chancres multiples de la verge battait son plein.

Traitement iodoformé et thermocautère.

Observation V

Chancre mou géant de la cuisse traité avec succès par un auto-vaccin à antigène non spécifique

Maurisson et Jausion, *Maroc Médical*, 1922.

Arabe qui vit débiter son affection il y a 17 mois : il apparut alors à la face antéro-interne de la cuisse gauche, une ulcération chancriforme, à bords décollés qui prit une rapide extension, en dépit des traitements pratiqués.

60 injections de biiodure de mercure, et 15 intra veineuses de néosalvarsan constituèrent le fond de la thérapeutique causale cependant que localement divers antiseptiques ne mettaient aucune entrave au développement de l'ulcère.

Evacué à l'hôpital de Fez, on constate à l'arrivée : une vaste ulcération de 15 cm. de diamètre à bords festonnés, décollés, fond sanieux et grisâtre.

La réaction de B. W. fut négative.

Tous les essais de cultures furent vains ; la recherche directe du tréponème resta sans succès.

Toutefois un nouveau traitement de contrôle au novarsénobenzol et au biiodure fut provisoirement établi. Même insuccès que ses devanciers. En présence de tous ces échecs thérapeutiques, l'hypothèse fut émise d'un ulcère phagédénique des pays chauds.

L'action de l'air chaud semble entraîner un léger processus cicatriciel, mais il fut de courte durée.

On pratique alors au thermocautère, l'excision large de toute la bordure de la plaie. La ponction profonde à la pipette des tissus excisés fut le point de départ d'une série d'ensemencements sur les milieux les plus divers.

On ne put obtenir qu'une seule souche qui fut identifiée, Coli-bacille typique.

Un auto-vaccin iodé, dosé à 500 millions de germes fut injecté au malade, cependant que la plaie subissait un traitement local à l'ambrine. Une amélioration manifeste se produisit alors. La menace d'une tendance légère à la récurrence fit abandonner l'ambrine pour l'irrigation locale au Dakin.

La vaccinothérapie fut intensifiée.

A partir de ce moment le processus cicatriciel s'établit très franchement.

Chancres mous de la jambe.

Riou (*Bulletin de la Société de path. exotique*, 1933).

Observation VII

Femme sérieuse présentant depuis deux mois un ulcère de la jambe gauche en arrière à l'union des tiers moyen et inférieur.

C'est un ulcère de forme ovoïde de 5 cm. sur 3 cm., d'apparence banale, à fond régulier, purulent, à bords bien limités mais non décollés; peu de douleur à la palpation, sans réaction ganglionnaire. Cette femme n'avait aucune lésion génitale au moment de l'examen et il a été impossible de lui faire préciser si elle en avait présenté antérieurement.

L'examen du pus montre de nombreux bacilles de Ducrey.

L'intra dermo-réaction au Dmelcos a été positive.

Observation VIII

Jeune homme de 20 ans, race Mandiogo, a contracté il y a deux mois un chancre mou du gland avec bubon suppuré et chancrélisé. Un ulcère arrondi de la dimension d'une pièce de 5 fr., à bords réguliers mais taillés à pic, décollés, à fond sale, avec douleur vive à la pression, siégeant sur face interne du genou droit. Un autre ulcère à peu près semblable mais plus petit (pièce de 1 fr.) était situé un peu plus bas en arrière sur le mollet. Ces deux lésions avaient débuté avec l'apparence de furoncles 25 à 40 jours après l'apparition du chancre.

La recherche du B. de Ducrey; l'auto-inoculation; l'intra dermo-réaction ont été positives.

Observation IX

Phagédénisme chancrelleu de la cuisse.

Touraine, Lortat-Jacob, (*Bulletin de Dermo*, 1932).

L... âgé de 45 ans, entre le 28 octobre 1932, pour ulcération de la cuisse- gauche, traitée depuis deux ans sans résultat.

La maladie a débuté, vers le 10 février 1930, par une adénite inguinale gauche douloureuse, survenue peu après une ulcération de la verge qui s'est cicatrisée spontanément en une dizaine de jours. L'adénite s'est ouverte, s'est fistulisée et a suppuré pendant quelques semaines pour guérir après cautérisation au chlorure de zinc et à l'iodoforme. En même temps apparut, sur la face gauche du scrotum, une petite ulcération douloureuse et suppurante qui guérit en un mois par le même traitement. Mais, dit le malade, « en me grattant, j'ai infecté la cuisse ».

Depuis cette époque, sur la face antéro-interne de la cuisse s'est développée lentement une vaste ulcération qui a résisté depuis deux ans aux divers traitements : pansements antiseptiques, iodoforme, trente injections de Dmelcos.

A l'entrée du malade on constate : ulcération arrondie, de la grandeur d'une paume de main siégeant sur le triangle de Scarpa et débordant sur le bord interne de la cuisse.

Le centre présente un vaste îlot épidermisé, cicatriciel. Le pourtour de la plaie reste ulcéré, formant dans son ensemble, un vaste demi-cercle. Le bord extérieur présente un certain polycyclisme; il est taillé à pic et très décollé.

Par endroit, surtout dans le segment supérieur, les bords sont très déchiquetés, en ligne de crêtes. La plaie elle-même est occupée par de nombreux bourgeons charnus baignant dans une suppuration abondante, verdâtre non fétide. Les douleurs spontanées sont assez intenses pour gêner la marche et empêcher le sommeil; l'examen est fort douloureux.

Sur le scrotum, en raison de la lésion crurale, existent deux plaies allongées, profondes et fistuleuses; dans lesquelles le stylet pénètre de plusieurs centimètres.

Dans l'aîne pas d'adénopathie actuelle.

Pas de lésion sur la verge ; examen du gland rendu impossible par phimosis très serré.

Une première recherche du B. de Ducrey s'est montrée négative, Intradermo-réaction au Dmelcos, franchement négative.

Renouvelée 14 jours après, elle est légèrement papuleuse sans que l'on puisse la qualifier de nettement positive.

Une auto-inoculation au bras forme en 48 heures une petite pustule superficielle.

Dans le pus, quelques bacilles rappelant de loin le B. de Ducrey. Nouvelle auto-inoculation le 15 novembre, même pustule, dans laquelle on ne peut mettre en évidence le B. de Ducrey net, après coloration à la thionine phéniquée, au bleu de méthylène.

A noter que diverses recherches de laboratoires pour dépister les mycoses, syphilis, infections diverses se sont montrées négatives. De plus le traitement d'épreuve de la syphilis est resté sans succès.

Une objection peut être faite : il peut s'agir d'un chancre mixte. En effet la syphilis est possible, mais sans arguments nets, tant au point de vue clinique que sérologique.

Observation X

Chancre mou du genou

Milada Bezecua (*Cesta dermatologie*, avril 1932)

Blanchisseuse, âgée de 24 ans, partageant la chambre de huit prostituées, dort dans leur lit. Elle montre une ulcération typique avec des bacilles de Ducrey sur la peau du genou.

On ne trouve d'ailleurs en aucune autre région de trace de chancre mou.

L'infection directe par le linge est donc très vraisemblable.

Chancre mou phagédénique de la fesse.

(W. Dubreuilh et Broustet : *Bulletin de Dermato*, 1925).

Rag..., Yos., 31 ans, est suivi pour ulcération phagédénique des fesses consécutive à un bubon chancrellisé de l'aîne droite.

Un chancre mou apparu sur la verge en juillet 1920 fut suivi d'un bubon inguinal droit dont un Fontan n'empêcha pas la chancrellisation. Bien vite l'ulcération prit une allure phagédénique, s'étendit à toute la région pubienne, au sillon génito-crural, au périnée (déc. 1920). Des injections de cacodylate (intravein.) arrêtent l'extension de la plaie. Elles provoquent même sa cicatrisation à tel point que le malade semble guéri et quitte l'hôpital en mars 1921.

Guérison certainement incomplète. Sur les bords de l'ulcération se forment des clapiers. Ces clapiers persistent malgré la cicatrisation de l'ulcération. Ils forment des abcès sous la peau saine et finissent en s'ouvrant par former des ulcérations nouvelles. Rag... revint à l'hôpital en septembre 1921, avec une large plaie de la face interne de la cuisse droite qui avait débuté dans le voisinage immédiat de la cicatrice première. Malgré des traitements variés, elle prit une allure phagédénique, gagna le périnée, la marge de l'anus, les fesses.

En août 1923, l'ulcération a envahi la face interne des cuisses, le périnée, la partie interne des deux fesses. Deux autres, plus petites, séparées de la première par une large bande de peau saine, occupent la région trochantérienne droite. Leur aspect est celui des ulcérations chancrélleuses les plus typiques. L'extension continue en 1923. Mais tandis qu'elle progresse par ses bords, son centre, peu à peu se cicatrise, et en 1924, l'ulcération forme autour d'une zone centrale faite de tissu cicatrisé une couronne large de 6 à 10 cm. qui occupe la partie interne de la fesse gauche et s'étend davantage sur la fesse droite atteignant le grand trochanter et la face postérieure de la cuisse. Par contre la marge de l'anus, la région génito-crurale, le périnée sont guéris.

Au cours de 1923-1924, les traitements les plus divers ne peuvent arrêter l'extension des lésions.

En décembre 1924, après avoir trouvé du bacille de Ducrey dans le pus, et que la cuti-réaction fut fortement positive, on essaye le traitement vaccinal préconisé par M. Nicolle.

6 janvier, première injection : (1/2 cm³). Réaction violente : temp 40°6, malade reste fatigué pendant 8 jours.

Mais l'amélioration locale est si manifeste que les 15 et 22 janvier

on fait deux injections de 1 cm³. Les troubles sont moins violents, et moins prolongés.

Très vite on voit se rétrécir la couronne ulcéreuse, la suppuration diminue, les bords deviennent adhérents ; les clapiers se combleront, des plages d'épidermisation apparaissent. Le 31 janvier, le 5 février, nouvelles injections de 1 cm³ à la suite desquelles il ne reste que quelques petites plaies isolées.

On interrompt la vaccination. Mais le 17 février il y a de nouveaux clapiers et de nouvelles plaies. On reprend alors le vaccin et des injections de 2 cm³ bien supportées sont faites les 21 et 26 juin, 3, 6, 9, 10, 20, 23 mars.

Seules persistent à ce moment quatre petites ulcérations larges comme une pièce de 1 franc situées sur les bords de la cicatrice. La guérison ne peut être obtenue.

Le malade quitte le service le 1^{er} avril, pour quelques jours ayant reçu 16 injections.

Il revient le 12 avril. Son cas ne s'est pas aggravé. Le 15 avril, reprise de la vaccinothérapie, et quatre injections sont pratiquées les 15 et 28 avril, 2 et 5 mai. L'action est beaucoup moins appréciable qu'elle ne le fut lors des premières injections. Un certain nombre d'ulcérations disparaissent, d'autres au contraire se forment. Elles sont peu profondes, et l'évolution rapide vers la guérison de la plupart d'entre elles, est la preuve de leur bénignité. A ce moment on est obligé de renvoyer le malade par mesure disciplinaire.

Chancres mou phagédénique chronique des fesses.

Observation (résumée) due à l'obligeance de M. le professeur Petges.

B..., Louis, 36 ans, présente en novembre 1931 un furoncle interfessier douloureux traité par l'auto-hémothérapie.

Du 21 février au 14 mars 1932 hospitalisation à Brazzaville pour vaste plaie anthracôide de la fesse gauche empiétant sur le pli interfessier. La lésion date de plusieurs jours et offre une surface cruentée grosse comme une paume de main. Coexistence d'un mauvais état général avec hyperthermie et vomissements. Un frottis montre la présence d'hématozoaires. La plaie est traitée par la poudre et

par pommades antiseptiques. L'amélioration est rapide. Néanmoins la plaie paraissant suspecte on fait faire un B.-W. qui se montre légèrement positif. La syphilis remonterait à 1919.

On commence un traitement général au sulfarsenol et bivatol conjugués, et un traitement local par pansements vaselinés et pulvérisations à l'eau oxygénée pure.

Le 17 mai 1932 le malade arrive en France avec de vastes plaies ulcéreuses de la région fessière gauche et du pli interfessier. Ulcérations à bords circinés, à pic, saignant abondamment, au moindre contact. Divers examens microscopiques ne permettent pas de trouver de strepto-bacilles de Ducrey. L'intradermo-réaction au Dmelcos n'a pas été faite.

Reçoit une série d'injections de bismuth oléosolubles : pas d'amélioration nette. On reprend le novarsénobenzol, et très rapidement les lésions regressent et se cicatrisent incomplètement. Localement on fait des pansements banaux pour éviter toute cause d'erreur et du 12 juin au 28 juillet 1932, il reçoit une série de Novar. Pas de bacilles de Ducrey. Le 27 octobre l'ulcération de la fesse gauche est en forme de croissant à concavité inférieure, à bords taillés à pic, anfractueux, à contours découpés, polycycliques entourés d'une zone rougeâtre et dure. Le fond jaune verdâtre est irrégulier et bourgeonnant, les points culminants sont en voie d'épidermisation.

Vers le sillon interfessier la partie de l'ulcération maintenant guérie laisse une large plaque dure, cicatricielle, rose pâle. A 3 cm. en arrière de l'anus on note un orifice par lequel s'écoule du pus. Une sonde introduite conduit vers le coccyx.

A 7 cms au-dessus de l'anus légèrement à gauche du sillon interfessier, siège une ulcération musculaire de la grandeur d'une pièce de 5 francs à bords irréguliers et dont le centre est presque complètement cicatrisé.

Le 4 novembre, intradermo-réaction au Dmelcos positive le troisième jour. Le traitement local du chancre mou, iodoforme, enfumage iodé, etc., est mis en œuvre. Il sera appliqué pendant des mois. Le 30 novembre 1932, les ulcérations sont rendues multiples par l'accroissement de la cicatrice. Elles ne sont presque plus infectées. Le malade se plaint toujours de son coccyx. La radiographie montre un point d'ostéite.

Le 7 janvier 1933, les lésions restent stationnaires. On décide une biopsie puis une injection de Dmelcos (9 janvier).

Le 11 janvier, deuxième injection de Dmelcos.

Le 17 janvier, amélioration notable. La suppuration a disparu, les lésions se comblent.

Le 6 mars, on a déjà fait 7 injections de Dmelcos. La lésion s'améliore de plus en plus. On note à la partie supérieure du sillon interfessier une fistule : vue à la radio après injection de lipiodol elle a un trajet de bas en haut et semble s'arrêter à la pointe du coccyx.

Le 17 mars, les lésions n'ont pas changé.

Le 1^{er} avril 1933. B.-W. + + +.

Le 15 avril. Depuis trois semaines le malade reçoit du sulfar, mais sa plaie n'a pas changé sous l'influence du traitement. (Présence de B. de Ducrey dans les lésions). En bordure au niveau de la zone d'accroissement.

Le 1^{er} mai : enfumage iodé et injection de Dmelcos que l'on continuera de façon régulière.

Juillet 1933. Sous l'influence des injections locales de Dmelcos les deux lésions inférieures sont très améliorées. Les lèvres de l'ulcération sont rapprochées et le fond sec ne présente plus aucun point de suppuration.

La guérison est ensuite obtenue peu à peu par des injections locales cutanées et hypodermiques de bactériophage et le traitement local, enfumage iodé, applications de produits iodoformés.

CHANCRES MIXTES.

Le chancre mixte de Rollet est un produit hybride dû à l'inoculation simultanée ou successive et à deux époques rapprochées du virus de la syphilis et du virus du chancre mou en un même point du derme ou des muqueuses.

Fréquence. — Fournier les considérait comme très rares; il n'en avait rencontré que 2% des cas seulement.

En 1918, Lacapère donne pour le Maroc une statistique de 13%.

En 1919-1920, Payenneville et Bazin trouvent pour la ville de Rouen :

Chancres syphilitiques.....	191
Chancres mous multiples	283
Chancres mixtes.....	155

Ainsi après la guerre le nombre des chancres mixtes équivalait au quart du nombre total des chancres observés. Dans une statistique récente, Hudelo et Rabut ne donnent qu'un pourcentage de 1/7 seulement. Mais comme le fait remarquer Jeanselme (*Traité sur la Syphilis*) « il est nécessaire de ne tenir compte que des cas qui ont été suivis assez longtemps pour que la syphilis puisse être mise hors de cause de façon absolue ».

Siège. — Le chancre mixte ne s'observe guère que dans la zone génitale ou para-génitale.

Toutefois, on peut en rencontrer, surtout dans la région céphalique. Tel est le cas d'Hoffmann, concernant des chancres mixtes gangréneux de la lèvre et de la langue.

Donc en présence d'un chancre mou, même extra-génital, songeons toujours à l'association avec la syphilis.

Evolutions type du chancre mixte.

Le chancre mixte n'est pour ainsi dire, jamais mixte d'emblée, il ne présente pas à ses débuts les caractères combinés des deux chancres, cela tient évidemment à l'inégalité de leur période d'incubation.

Le plus souvent le chancre mixte naît sous la forme d'un chancre mou, deux à cinq jours après l'inoculation. Il se modifiera vers le vingtième ou trentième jour, pour acquérir certains caractères du chancre syphilitique. A la période d'état les signes du chancre mou ont presque complètement régressé, si bien qu'à cette époque le chancre mixte présente plutôt les caractères du chancre syphilitique.

Dès le deuxième ou troisième jour après l'inoculation, apparaît une rougeur inflammatoire, à laquelle fait bientôt suite une vésicule purulente. Celle-ci va se rompre, et du cinquième au quinzième jour, vont s'accuser les caractères de la chancrelle — ulcération irrégulière; fond sanieux, purulent; bords taillés à pic, généralement décollés et entourés d'un halo inflammatoire.

La suppuration est toujours très abondante, et la douleur plus ou moins marquée.

Plus ou moins tard, survient une adénopathie monoganglionnaire avec périadénite à tendance suppurative.

Puis pendant une période de vingt à vingt-cinq jours, des modifications vont se produire modifiant ainsi l'aspect de l'ulcération.

Les bords s'affaissent, pâlissent; le fond de l'ulcération prend l'aspect à la fois granité et de fond musculaire. De plus au toucher, la base présente une induration nette, et la douleur au contact est à peu près nulle. Tel est, rapidement esquissé, l'aspect d'un chancre mixte, dont l'inoculation des deux virus a été simultanée.

Mais le tableau clinique se trouve parfois bouleversé lorsque le chancre mixte est produit par deux contagions successives. S'agit-il d'un chancre mou syphilitisé secondairement? Nous

aurons alors l'évolution du chancre mou, étudiée précédemment, mais ses caractères varieront à une époque qui sera d'autant plus éloignée que la seconde inoculation aura suivi depuis plus longtemps la première.

Le chancre syphilitique est-il primitif? Nous verrons alors évoluer un chancre induré avec ses caractères propres, puis nous observerons les modifications apportées par la chancrelisation : la lésion prend les caractères d'un chancre mou, le noyau d'induration peut être détruit dans une plus ou moins grande profondeur, il peut même disparaître complètement.

La palpation éveille de la douleur, et on observe la plupart du temps un certain nombre de chancres secondaires.

On note en outre une adénopathie ganglionnaire multiple indolente, qui n'apparaît toutefois que lorsque l'induration a complètement disparu; parfois un ganglion apparu plus tôt peut devenir volumineux, douloureux, et suppurer sous l'influence du processus chancrelleux.

Enfin il nous faut noter certaines formes un peu particulières.

1° Le chancre mixte apparaît avec les caractères du chancre mou, qu'il peut garder toute son existence : « Le chancre mou masque la syphilis ».

2° Tantôt le chancre mixte a d'abord l'aspect du chancre mou, mais l'induration peut n'apparaître que pendant ou après la cicatrisation.

3° Tantôt enfin le chancre mou a passé inaperçu.

En définitive les signes qui permettront de soupçonner la syphilis masquée par un chancre mou seront surtout : l'induration le bourrelet induré qui encercle l'ulcération sur la totalité ou sur une partie de son pourtour, enfin l'adénopathie caractéristique.

Cependant ces symptômes peuvent être cliniquement la source de nombreuses erreurs. Aussi pour diagnostiquer de façon certaine et soigner le plus vite possible, il faut faire appel à un examen bactériologique de l'ulcération qui nous fournira dans le plus bref délai le nom de l'agent ou des agents pathogènes en cause.

Mais avant toute recherche bactériologique, il faut faire remarquer que tout traitement général ou local peut gêner considérablement. Aussi avant d'avoir un diagnostic sûr, ne jamais traiter une ulcération génitale, autrement que par des soins de propreté (pansements humides aux compresses d'eau bouillie par exemple).

Enfin des prélèvements multiples doivent être faits au niveau de toutes les lésions suspectes malgré leur aspect clinique identique.

Nous n'insisterons pas sur la recherche du bacille de Ducrey que nous avons étudié précédemment. Nous indiquerons donc simplement la façon de rechercher le tréponème à l'ultra on après coloration par le procédé de Fontana-Tribondeau.

a) *Examen à l'ultra-microscope.* — On met pour cela de la rosée séreuse prise sur l'ulcération, et que l'on met entre lame et lamelle. L'éclairage se faisant latéralement, le fond de la préparation demeure obscur, tandis que ses éléments figurés apparaissent comme des corps brillants. Le tréponème qui se meut au milieu de corps également brillants est animé de trois sortes de mouvements combinés : un mouvement en pas de vis autour de l'axe longitudinal, mouvement qui le fait avancer ou reculer. Le deuxième est un mouvement de latéralité, sorte de mouvement pendulaire. Enfin le troisième est un mouvement ondulatoire qui se propage d'une extrémité à l'autre.

Il peut arriver que le tréponème ne donne pas toujours cette forme spiralée et continue, et on peut le voir se présenter comme une ligne en zig-zag ou comme une série de points brillants.

b) *Procédé de Fontana-Tribondeau.* — *Premier temps :* déshémoglobinisation. Arroser les préparations avec le liquide de Ruge composé de :

Acide acétique pur	1 cm ³
Formol à 40 %	2 cm ³
Eau distillée	100 cm ³

Renouveler jusqu'à ce que le liquide s'écoule incolore. Egoutter; laver à l'alcool à 90°; égoutter à nouveau et enflammer pour terminer la fixation

Deuxième temps : mordantage. Recouvrir d'une épaisse couche de solution mordante composée de :

Tannin à l'alcool	1 gr.
Eau distillée	20 cm ³
Camphre en fragments	quelques fragments.

Mettre le tout sur une platine chauffante jusqu'à émission de vapeurs (éviter de faire bouillir); attendre trente secondes, rejeter le liquide. Renouveler trois à quatre fois la même manœuvre.

Troisième temps : lavage. Bien laver à l'eau ordinaire; égoutter en secouant; inutile de sécher.

Quatrième temps : imprégnation par l'argent. Recouvrir d'une bonne couche du liquide de Fontana composé de

Nitrate d'argent cristallisé	1 gr.
Eau distillée	20 cm ³

Laisser agir jusqu'à la teinte marron clair; rejeter le liquide de Fontana; le renouveler; chauffer comme il a été dit au deuxième temps mais retirer de la flamme dès les premières vapeurs. Laisser alors agir pendant quinze secondes. Rejeter le Fontana.

Cinquième temps : dernier lavage et séchage. Laver à l'eau distillée pendant quelques secondes. Sécher en épongeant sous papier filtre ou bien passer à deux ou trois reprises rapides la lame sur la flamme du bec Bunsen.

Examiner à l'immersion : les spirochètes colorés en brun jaunâtre sont d'une netteté parfaite.

Séro-diagnostic de la syphilis. — Thibierge et Legrain considèrent que la réaction de Bordet-Wassermann doit-être à la base du diagnostic. En effet, la recherche du bacille de

Ducrey est loin d'être facile; de plus l'obligation de laisser le chancre sans traitement pendant un certain temps et la possibilité qui en découle de voir celui-ci se compliquer de phagédénisme font accorder le plus grand crédit à la séro-réaction. Thibierge et Legrain se sont tracé le programme suivant : « Une première séro-réaction est pratiquée dans les quatre premiers jours après son entrée à l'hôpital.

» Elle est positive ou elle est négative.

a) Elle ne peut donner de résultats positifs que si le chancre est déjà âgé d'une vingtaine de jours.

b) La réaction est-elle négative? Il est alors indispensable de pratiquer une prise de sang tous les huit ou quinze jours pendant les six premières semaines.

La réaction se montre-t-elle positive quinze à trente jours après le début de la chancrelle, il faut conclure que le chancre est mixte. Apparaît-elle positive avant ce délai? il est difficile d'affirmer que l'infection syphilitique n'est pas antérieure à l'infection chancrelleuse.

Mais si ce résultat n'est obtenu qu'au bout de cinquante-cinq à soixante-cinq jours, on peut affirmer que les deux infections ont eu lieu simultanément ».

Il n'en reste pas moins que la réaction de Bordet-Wassermann seule permet de poser le diagnostic de chancre mixte avant l'apparition des lésions secondaires. Et il semble en définitive qu'il est indispensable de procéder aux examens microscopiques, en même temps que de faire une séro-réaction.

MÉTHODES DE DIAGNOSTIC

Le diagnostic du chancre mou extra-génital, étant généralement difficile, il faudra pour l'affirmer se baser : sur les signes cliniques, sur la recherche du B. de Ducrey, la cuti-réaction, enfin l'intradermo-inoculation.

a) Les signes cliniques : ce sont eux qui avant tout doivent nous faire penser au chancre mou. Rappelons-les donc brièvement : ulcération douloureuse, à bords taillés à pic, à fond irrégulier recouvert d'un pus abondant ; base molle ; enfin signe des deux liserés signalé par notre maître M. le professeur Petges.

Signalons encore quelques particularités : le chancre mou des muqueuses voit très souvent ses bords de même niveau avec le fond de l'ulcération ; le chancre mou des doigts excessivement douloureux peut égarer le diagnostic.

b) *Recherche du bacille de Ducrey* : cette recherche est considérée comme très délicate et souvent, bien qu'en présence d'un chancre mou typique, il est impossible de mettre en évidence le bacille de Ducrey.

A quoi cela tient-il ?

Généralement les auteurs voulant chercher le streptobacille font leur prélèvement en un point quelconque de l'ulcération. Or, si nous nous rappelons l'existence constante de deux liserés accolés, entourant l'ulcération, l'un externe rouge, l'autre interne gris jaunâtre, et que le liseré rouge constitue la zone active d'accroissement du chancre, la recherche du streptobacille devient ainsi, beaucoup plus aisée.

C'est en effet dans cette zone d'accroissement qu'il faudra toujours, comme le fait remarquer M. le professeur Petges, faire le prélèvement, car c'est en cette zone que se trouve le nid de culture des bacilles de Ducrey.

Coloration : Parmi les nombreux procédés, nous indiquons celui de Pick et Jacobson, modifié par Pottier, qui donne d'excellents résultats.

Préparer une solution de bleu de méthylène en poudre, à saturation dans l'alcool à 40 %. Cette solution se conserve indéfiniment dans un flacon bien bouché à l'abri de la lumière.

Au moment de l'emploi, faire le mélange :

Solution saturée alcoolique de bleu.....	VII gouttes
Solution de fuchsine de Ziehl	V gouttes
Eau distillée	10 cm ³

Fixer le frottis à alcool-éther : 10 minutes. Laisser évaporer à l'air libre. Colorer 15 minutes. Laver et sécher. Les bacilles sont colorés en bleu et se détachent bien sur un fond rose et bleu clair.

La constatation de streptobacilles en navettes ne suffit pas pour affirmer le diagnostic ce chancrelle. Riou, en effet (*Bulletin de Path. exotique*, 1933), cite le cas d'un malade porteur d'une ulcération de la jambe dont le pus contenait en abondance des bacilles colorés en navette, certains disposés en chaînettes un peu plus grands que le bacille de Ducrey. La culture du pus, faite par le Dr Advier de l'Institut Pasteur, a montré qu'il s'agissait d'un *proteus*, comme en ont isolé Sacquépée et de la Vergne dans les plaies de guerre.

c) *Intra-dermo-réaction* : C'est Tetsuta Ito qui, en 1913, étudia le premier les réactions des organismes des chancrelleux aux inoculations intra-dermiques de cultures tuées, du bacille de Ducrey.

Il pratiqua ses recherches sur 27 individus :

11 malades non chancrelleux : Réactions négatives.

5 malades atteints de chancrelles : 2 réactions positives,
3 — — — très fortes.

11 malades atteints de chancres mous et bubons : 11 réactions positives.

Cette réaction semble donc être spécifique et peut servir comme méthode diagnostique.

Mais ces premières recherches passèrent inaperçues et ce n'est que cinq ans plus tard que Reenstierna commença l'étude du bacille de Ducrey et de la cuti-réaction.

L'auteur prépare des cultures sur gélose au sang de lapin. Après développement des cultures, il recueille les colonies et les émulsionne dans de l'eau physiologique phéniquée à 0,5 %. Laisser ensuite à la glacière pendant une semaine.

Technique : Injecter dans le derme quelques gouttes de l'émulsion; au moyen d'une aiguille très fine, afin d'éviter toute irritation mécanique.

« La petite masse liquide introduite, ne détermine immédiatement que la production d'une papule de la grosseur d'un petit pois. Le lendemain on remarque souvent une réaction non spécifique et qui disparaît en quarante-huit heures. C'est pourquoi il ne faut pas juger le résultat avant deux jours. Une réaction nettement négative se montre généralement sous l'aspect d'un petit point presque invisible. Les réactions, fortement positives, montrent toujours une zone centrale élevée, de couleur sombre, rouge, entourée d'une grande zone d'un rouge plus clair; cette dernière disparaît après quelques jours : la zone centrale au contraire peut persister environ une semaine : quelquefois on trouve, au milieu de la zone centrale, une pustule de la grosseur d'un pois ou plus. Le contenu a montré, lors de quelques examens pratiques, l'absence de bactéries ».

Les seules modifications apportées depuis, portent sur le choix des produits à injecter :

- a) Emulsion de Nicolle et Durand dite normale.
- b) Dmelcos : émulsion semi-normale de Nicolle et Durand.
- c) Rivalier emploie son antigène : strepto-bacilline pure ou brute.

d) Nicolau et Banciu partent de cultures sur milieu liquide : « ensemercer une souche strepto-bacillaire récente dans un milieu contenant, pour 2 cm³ d'eau physiologique, 1 cm³ de sang humain défibriné et 3 cm³ de sérum humain. Séjour à l'étuve à 36° pendant quarante-huit heures. Garder

les cultures cinq à six jours à la température du laboratoire. Décanter le liquide; filtrer sur bougie Chamberland. Répartir en fioles, stériliser par séjours répétés au bain-marie à 56°. Le liquide rosé ainsi obtenu est la Ducréine, et constitue un excellent antigène pour l'intradermo-réaction. On emploie 0,2 centimètre cube par la technique de l'intra-dermo-réaction.

Résultats de l'intradermo-réaction d'Ito-Reenstierna : Les résultats de l'intradermo-réaction que nous empruntons à la thèse du Dr Le Coulant (Bordeaux, novembre 1928), montrent la spécificité d'un tel procédé.

« Reenstierna opère sur 449 sujets : 247 étaient indemnes de chancres actuelles ou avouées. 5 eurent une réaction positive, 4 filles publiques, 1 vieux mulâtre brésilien. Sur 173 porteurs de lésions cliniquement chancrélleuses, 11 ne réagirent pas (l'évolution prouva que le diagnostic de 6 cas, avait été erroné) et qu'une fois, il s'agissait de chancre absolument bénigne. 27 avaient eu des accidents chancrélleux; 23 réagirent. »

MM. Nicolle et Durand ayant pratiqué 93 intradermo-réactions (Archives Institut Pasteur, Tunis, n° 3-4, 1924), concluent que la méthode d'Ito Reenstierna est :

- 1° Spécifique;
- 2° Constante si la lésion a déjà quelques jours;
- 3° Précoce (+ à partir du 7^e jour de l'évolution du chancre);
- 4° D'intensité proportionnelle à l'ancienneté de la lésion;
- 5° Capable de faire un diagnostic rétrospectif.

MM. Dubreuilh et Broustet (*Ann. de dermat.*, octobre 1925), constatent que « dans toutes les lésions chancrélleuses typiques nous avons obtenu des réactions positives qui, si elles n'ont fait que confirmer les diagnostics cliniques évidents, nous ont permis d'apprécier la fidélité de cette méthode. Au contraire la réaction s'est toujours montrée négative, chez les sujets indemnes de toute affection chancrélleuse ».

M. Rivalier (*Revue française de dermatol. et vénérol.*, janvier

1925), ayant expérimenté sur 49 malades atteints, soit de chancres mous; soit de chancres mous compliqués de bubons; soit sur des malades guéris ou atteints d'adénopathies inguinales de nature indéterminée, conclut également à la spécificité de la réaction.

MM. Nicolas, Lacassagne et Alcalay (*Soc. française de dermatol. et syph.*, 1926), ayant pratiqué l'intradermo-réaction à l'aide du Dmelcos, pensent qu'ils auraient obtenu moins de résultats douteux que s'ils s'étaient adressés à l'émulsion normale.

MM. Nicolau et Banciu, après de nombreuses expériences, concluent en faveur de la Ducrèine parce que douée d'un pouvoir antigénique plus grand.

M. le docteur Le Coulant a pratiqué dans les différents services de M. le professeur Petges et M. le professeur agrégé Joulia, des intradermo-réactions à l'aide du Dmelcos. Pour fixer les idées ils comparent les dimensions des macules et des papules obtenues à celles des têtes d'épingle, lentilles, ou pièces de monnaie. Les réactions éphémères, peu marquées, sans doute produites par des réactions protéiniques, ont été classées comme douteuses. La classification suivante a pu être ainsi établie :

1° Aucune rougeur au point d'inoculation : intradermo-réaction négative;

2° Plaque érythémateuse de la dimension d'une tête d'épingle ou lenticulaire, ou d'une pièce de 50 cm. intradermo-réaction douteuse.

3° Zone érythémateuse de la dimension d'une pièce de 1 fr. en argent, ou papule de la dimension d'une pièce de 50 cm. : réaction marquée.

4° Plaque érythémateuse de la dimension d'une pièce de 5 fr. en argent centrée par une papule de la dimension d'une pièce de 50 cm. : réaction positive nette.

L'écueil de ce procédé diagnostique, semble provenir de ce fait qu'il est parfois difficile d'établir une démarcation entre une réaction douteuse et une réaction négative.

Sur 77 malades non chancrelleux, MM. les professeurs Pelges, Joulia et M. le docteur Le Coulant, obtiennent un résultat de 89 % de réactions négatives, cadrant avec ceux obtenus par les autres expérimentateurs.

Les mêmes auteurs prirent ensuite 23 malades atteints de chancres mous. Ils obtiennent :

- 8 réactions négatives;
- 5 réactions douteuses.
- 7 réactions marquées.
- 3 réactions positives nettes.

Ce qui correspond à un pourcentage de 56 % de négatives.

De tous ces résultats, il apparaît que la valeur diagnostique de l'intradermo-réaction paraît réelle. Malheureusement elle ne présente pas un caractère de constance absolue, aussi faut-il la confronter avec la clinique.

Il est en outre intéressant de noter que cette intra-dzrmo-réaction fournit d'intéressantes précisions sur le mode de traitement à instituer. Des travaux de Teissier, Reilly et Rivalier, nous pouvons conclure que :

« Si l'intradermo-réaction est fortement positive, il y a intérêt à pratiquer la protéinothérapie spécifique. Les réactions générales sont fortes. Le malade guérira vite. Si l'intradermo-réaction est négative, les auteurs conseillent de ne pas instituer la médication générale, mais d'attendre que l'apparition de l'allergie permette à la médication de choc de donner toutes ses ressources curatives.

Toutefois, la valeur pratique de cette réaction peut être amoindrie par ce fait qu'elle persiste indéfiniment.

INTRADERMO-INOCULATIONS DES LÉSIONS CHANCRELLEUSES

Ravaut et Rabeau ayant eu l'occasion de pratiquer des intradermo-inoculations, avec des produits frais tirés du chancre ou de son bubon, ont été frappés de la fréquence beaucoup plus grande des résultats positifs que de celle observée dans les cuti-réactions habituelles. Cette méthode étant nouvelle, nous croyons utile d'emprunter à Ravaut la technique employée.

« S'il s'agit d'un chancre, nous grattons la surface avec un vaccino-style et diluons dans un peu d'eau cette sérosité; s'il s'agit d'un bubon, nous extirpons par ponction quelques gouttes de ce pus. Ces produits sont aussitôt réinoculés au bras à la dose de 2 à 6 gouttes comme dans une intradermo-réaction; au-dessous, nous pratiquons une scarification comme on le fait d'habitude pour le repiquage du chancre mou, et déposons à sa surface quelques gouttes du même matériel; l'on recouvre ensuite d'un verre de montre.

Quelquefois les deux inoculations marchent de pair et sont positives. Mais souvent la cuti-inoculation est négative alors que l'intradermo-inoculation est positive et c'est là tout l'intérêt de cette méthode.

Les lésions produites par cette intradermo-inoculation varient depuis la simple papule jusqu'au nodule nécrotique qui se développe en 3 à 6 jours selon la virulence du produit inoculé. Dans les cas types, il se forme au point d'introduction de l'aiguille et au centre du nodule, en 48 heures, une petite vésicule purulente qui se nécrose et donne lieu souvent en 3 à 6 jours, à un chancre mou typique de réinoculation; il n'est pas toujours facile de retrouver des B. de Ducrey. Si

le produit est peu virulent, ces chancres de réinoculation vont rétrocéder rapidement et spontanément » (Ravaut, *Bulletin*, 1930).

Cette méthode aurait permis de constater :

1° La supériorité de ce mode d'inoculation sur la cuti-inoculation habituelle ;

2° La possibilité de démontrer la nature chancrelleuse, de certaines lésions torpides dont le diagnostic de chancrelle est discutable, ainsi que de certains bubons sans porte d'entrée visible ;

3° Des différences de degré de virulence, la durée d'incubation et d'évolution de certaines lésions chancrelleuses.

CRITÈRES BACTÉRIOLOGIQUES DU CHANCRE MOU

On admet que le diagnostic bactériologique du B. de Ducrey est facile, et que les critères bactériologiques du chancre mou sont constants.

Ces critères sont :

- 1° Recherche directe du B. de Ducrey;
- 2° Culture;
- 3° Intradermo-réaction;
- 4° Intradermo-inoculation;
- 5° Réaction de fixation;
- 6° B. W. négatif.

Or tous ces critères peuvent faire défaut, et ce n'est parfois que par l'évolution, que le diagnostic peut être porté. Gougerot cite, dans le *Bulletin de Dermatol.* 1930, trois observations démontrant son affirmation. De plus, la méthode des confrontations est souvent très utile pour établir le diagnostic : elle consiste à rechercher l'existence des chancres mous chez la personne qui a eu des rapports sexuels avec le malade examiné. Dans cet ordre d'idée, Gougerot cite le cas d'un malade atteint de lésion végétante et ulcéreuse de la face dorsale de la langue et d'un petit chancre du filet préputial. L'examen direct, les cultures, l'auto-inoculation, l'intradermo-réaction sont négatifs. B. W. négatif.

Ayant été autrefois suspect de tuberculose on pense à une ulcération tuberculeuse : la biopsie donne un résultat négatif.

Or sa femme présente aussi un gros bubon suppuré de l'aîne gauche, sans chancre porte d'entrée ; les examens directs restent négatifs. Heureusement pour le diagnostic, la maîtresse a des chancres anales, contenant du B. de Ducrey ; à l'examen direct. Donc tous les critères peuvent être en défaut et il ne faut pas rejeter le diagnostic de bacille de Ducrey lorsque la clinique l'indique.

TRAITEMENT

Traitement prophylactique.

Nous avons pu constater, que les chancres mous extra-génitaux coïncidaient presque toujours avec des chancres mous génitaux. C'est donc l'hygiène qui avant toute chose sera le meilleur traitement prophylactique : « Au-dessus de toutes les méthodes, planent la propreté et l'asepsie » (Audry). Les soins de propreté seront d'autant mieux respectés que le malade sera porteur d'une lésion, ou simplement d'une solution de continuité de l'épiderme.

Les frottements de la chemise, du pantalon, du caleçon, contribuent à éterniser la lésion, et à provoquer des localisations nouvelles par suite d'écorchures, écorchures de gale par exemple, comme dans le cas cité dans l'une de nos observations.

De plus, les chancres mous se rencontrent le plus généralement dans la basse classe « à cette catégorie de gens qui ont toujours les mains sales ». Les doigts sont ainsi très souvent porteurs de germes : aussi les lavages des mains seront-ils répétés, et le médecin devra avertir le malade que ses doigts contaminés peuvent provoquer l'apparition de chancres mous, en différents points de son corps, et qu'il ne doit donc jamais toucher à son ulcération.

Cette recommandation paraît au premier abord un peu simpliste. Cependant, rappelons-nous que beaucoup de malades, connaissant la phrase fatidique : « Tu n'as pas la vérole parce que le chancre n'est pas dur », soucieux, recherchent tout le temps cette dureté absente : d'où infection perpétuelle de leurs doigts.

Enfin, au point de vue de la prophylaxie des chancres mous

extra-génitaux, il faut avant toute chose soigner, ou plutôt se faire soigner la lésion primitive avec un soin méticuleux. Le malade aura en effet avantage à confier le traitement à un spécialiste ou à son médecin.

Devant un malade porteur d'un chancre génital, obtenons qu'après chaque miction ou chaque toilette intime, il se lave soigneusement les mains, nettoie avec de la ouate imbibée d'eau bouillie les lésions, et les alentours. Evidemment, ces vœux ne peuvent être réalisables que pour une petite catégorie de malades. Mais en les ordonnant systématiquement, si l'on n'est pas sûr que les conseils seront suivis, du moins aura-t-on fait comprendre au malade, l'importance capitale de la propreté en matière de prophylaxie.

Traitement curateur.

Le traitement des chancres mous extra génitaux se confond avec celui des chancres mous génitaux. Nous nous proposons donc, d'énumérer rapidement les différentes méthodes en insistant toutefois sur la sérothérapie et la vaccinothérapie méthodes relativement récentes.

Agents Chimiques

A. Caustiques.

a) *Chlorure de zinc* : En 1841 Diday de Lyon le préconise comme abortif sous forme de pâte au chlorure de zinc.

Pâte de Canquoin :

Chlorure de zinc	60
Chlorure d'antimoine	30
Farine de froment	150

b) *Nitrate de plomb* : Préconisé par Melazzo après lavage minutieux de l'ulcération. Les douleurs causées sont très violentes pendant quelques heures.

c) *Nitrate d'argent* : Employé par C. Tiersch dans les ulcérations à caractères serpigineux et phagédéniques, après une anesthésie générale au chloroforme.

Les douleurs consécutives sont très vives, et la statistique de Tiersch n'offre que des succès relatifs.

d) *Acide phénique* : Employé par Philip Harvey en 1886, en solution à 1 pour 60.

Montilier le recommande dans le traitement abortif du chancre simple.

e) *Acide pyrogallique* : Employé en 1880 par E. Vidal sous forme de pommade :

Acide pyrogallique.....	20
Axonge	80

f) *Tayuya* : Pinochi l'emploi contre le phagédénisme de certains chancres sous forme de teinture de tayuya diluée 3 à 4 fois.

g) *Pâte carbo-sulfurique de Ricord* :

Charbon	10
Acide sulfurique.	4
b) <i>Pâte de Vienne</i> :	
Potasse caustique.....	50
Chaux vive.....	60

B. Antiseptiques.

a) *Camphre*. — Médicament le plus anciennement employé, le camphre seul perd aujourd'hui de sa vogue. On ne le trouve plus qu'associé à l'iodoforme (Perez-Ortis) à l'acide phénique (Rühl) ou à l'acide salicylique (Masson).

b) *Iodoforme*. — Aussi en honneur que le camphre, l'iodoforme lui a survécu dans la thérapeutique du chancre mou. Il doit être employé de préférence en poudre, car en pommade son action paraît parfois infidèle, et en tout cas moins rapide.

Lorsque la localisation du chancre rend difficile l'application de la poudre, on emploiera la pommade au 1/5.

c) *Tartrate ferrico-potassique*. — En solution au 1/5 (Ricord); vu au 1% (Dubreuilh).

d) *Teinture d'iode*. — Avoir bien soin avant de faire le badi-

geonnage iodé, de faire un décapage à l'éther (Pr Petges).

e) *Arséniate de soude*. — Gombreau.

f) *Enfumage iodé*: « C'est le badigonnage, ou l'injection d'iode à l'état de vapeurs, en thérapeutique locale » (Lougé).

En 1912-1913, M. le Professeur Petges avait, avec M. le professeur Dubreuilh, expérimenté cette méthode : les résultats obtenus furent excellents.

Depuis la guerre, de nombreux cas ont été traités, et c'est ainsi que notre maître, M. le professeur Petges, soigna une série de 236 chancres mous. (156 simples; 80 compliqués de bubons), de 1917 à 1918, et obtint toujours d'excellents résultats.

Quelles sont les indications de l'enfumage iodé « Tous les chancres mous, y compris ceux du méat urinaire et sous-préputiaux; les bubons chancrelleux largement ouverts par incision classique; la forme de chancre mixte » (Pr Petges).

Appareil. — Ballon préconisé par M. le professeur Petges. « Appareil improvisé, composé d'un ballon en verre de pharmacie d'une contenance de 70 à 100cm³; d'un bouchon à deux trous, de deux tubes de verre coudés : l'un effilé pour la sortie, l'autre, amenant l'air, doit descendre assez bas pour ne pas refroidir les vapeurs d'iode à leur entrée dans le tube éjecteur par la projection directe de l'air froid sur son ouverture intérieure; une lampe à alcool et une soufflerie de thermocautère complètent l'organisation de l'appareil. »

Mode d'emploi : « Mettre une cuillerée à soupe environ d'iodoforme dans le ballon. Placer le bouchon de la soufflerie, chauffer le ballon. Après quelques instants, les vapeurs d'iode sortent par le tube effilé qu'il importe de chauffer au préalable, pour éviter les condensations d'iode sur un tube droit et refroidi; l'iodoforme devient bleu noir, laisser le ballon se remplir de vapeurs, et souffler légèrement à petits coups de poire. Les vapeurs d'iode jaillissent. Continuer à chauffer en soufflant et quand elles atteignent une longueur de projection de 10 à 15 centimètres enfumer la lésion.

Faire saillir le chancre pour bien mettre le fond et les bords

en évidence. Diriger le jet de vapeurs sur la surface et les replis, jusqu'à arriver à une teinte jambon fumé. Traiter ensuite la muqueuse ou la peau voisine pour désinfecter et éviter les ensemencements du chancre. Saupoudrer le chancre à la poudre d'iodoforme et panser » (Pr Petges).

M. le professeur Petges insiste sur ce fait, qu'il est indispensable, pour que l'enfumage soit efficace, de déterger soigneusement avec de l'éther. « Ce nettoyage est capital. » L'avantage de cette méthode est qu'elle peut être employée contre tous les chancres, quelle que soit leur localisation. De plus, « l'enfumage iodé guérit incontestablement plus vite que l'iodoforme employé seul » (Pr Petges).

Certains auteurs, avec Longe, prétendent qu'il ne faudrait pas compter sur lui pour le bourgeonnement des plaies : une réserve doit être faite, en ce qui concerne les chancres mous de la peau. Chez ces derniers, les vapeurs d'iodoforme seraient kératoplastiques, action d'ailleurs signalée par différents auteurs, dans le traitement des plaies de guerre.

Agents Physiques

Chaleur.

a) *Eau chaude.* — Dès 1875, Simmons traite les chancres phagédéniques par l'immersion dans l'eau chaude. Aubert vulgarise la méthode, et en arrive à tenter le bain chaud général, qu'il reconnut d'ailleurs être insupportable et tout à fait insuffisant.

Arnozan et Vigneron (1891) préfèrent les bains locaux lorsqu'ils sont possibles : ils les donnent à 40° pendant une heure.

Balzer portait à 38°-40° la solution de permanganate de potasse avec laquelle il faisait de l'irrigation directe.

b) *Air chaud.* — Balzer se servait d'un thermocautère chauffé au rouge et coiffé d'un manchon métallique dont l'extrémité est percée d'un petit orifice.

Avant l'application, il est nécessaire de badigeonner avec une solution de cocaïne la surface du chancre, puis il en ap-

proche un couteau de thermocautère chauffé à blanc pendant 10 à 15 minutes.

c) *Thermo-cautérisation*. — A été conseillée à tous les stades du traitement, notamment au début, comme traitement abortif et lorsque l'ulcération montrait une tendance au phagédénisme.

Traitement chirurgical

Il fut longtemps délaissé par crainte de la réinoculation des bords de la plaie.

Le raclage du chancre fut pratiqué par Petersen, Marc Lee Stépanoff. Mais ce n'est que Mina qui en 1898 parle le premier d'excision complète : après nettoyage sérieux par un antiseptique, il congèle par du chlorure d'éthyle, et excise le disque congelé sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres. On fait ensuite un ou plusieurs pansements à l'iodoforme. Mina ne voyait comme contre-indication que le siège : sillon balano-préputial ; méat ; chancres céphaliques. Ce traitement a été préconisé de nos jours par le Pr Escat de Marseille « Le phagédénisme, dit-il, est le résultat de l'inertie chirurgicale ». La technique diffère en ce sens qu'il procède par une cautérisation totale des tissus malades, sectionne ensuite en passant en tissus sains, et suture immédiatement. La guérison se ferait par première intention, et la réinoculation des bords de la plaie serait très rare.

Les Vaccins spécifiques

Vaccin de Nicolle.

Ch. Nicolle conseille, pour faire la récolte microbienne, de prendre un tube de gélose au sang, ayant séjourné, de vingt-quatre à trente-six heures à l'étuve, d'ajouter de l'eau physiologique stérile, et de frotter très doucement la surface avec une pipette courbe.

Pour rendre l'émulsion homogène, il procède par broyage et centrifugation successifs.

L'émulsion dernière sera placée dans la glacière en tube vertical, et après un repos de douze heures on décante et on

utilise seulement le liquide de surface. Il faut alors lui donner un taux de dilution fixe : on procède par colorimétrie, on ajoute de l'eau physiologique jusqu'à l'obtention d'un liquide « ayant l'opacité de l'émulsion du bacille typhique utilisée dans la pratique des séro-diagnostic et qui correspond à un titre de 450 millions de bacilles typhiques ».

Cette émulsion dite normale servira à la pratique de l'intra-dermo-réaction.

Pour obtenir l'émulsion servant à la vaccinothérapie, on y ajoute son volume d'eau physiologique. Elle est dite : hémis-normale.

On ajoute à ces émulsions 2% d'acide phénique pur, et elles seront conservées à la glacière.

Technique : Prendre pour le traitement de la chancrelle, l'émulsion semi-normale, à raison de $1/2$ à 3cm^3 et à doses croissantes.

Les injections se font par voie endoveineuse, et espacées de deux en deux jours. Toutefois la deuxième injection sera pratiquée quand la fièvre occasionnée par la première aura disparu depuis vingt-quatre heures.

La première sera de $1/2\text{cm}^3$ et on augmentera de $1/2\text{cm}^3$ à chaque injection jusqu'à 3cm^3 .

Quelques accidents légers suivent la première injection : une heure après, frissons, élévation de température ($39-40^\circ$); céphalée. Le lendemain, nouvelle poussée thermique moins accentuée, qui descendra en lysis au 2^e ou 3^e jour.

Les injections suivantes s'accompagnent généralement de réactions beaucoup moins violentes. Les phénomènes réactionnels sont d'autant plus marqués, que la lésion est plus ancienne ou compliquée de bubon. Les résultats qui au début, avaient paru très satisfaisants, semblent depuis ces dernières années être moins brillants. Et les auteurs sont d'accord pour conclure que :

L'action sur le chancre est inconstante.

L'action sur le bubon est beaucoup plus nette;

C'est ainsi qu'au stade non fluctuant 100% de guérisons;
au stade fluctuant 87% de guérisons.

Si bien que dans les chancres simples, le traitement local sera employé, réservant la vaccinothérapie antistreptobacillaire pour les chancres compliqués de bubon.

Antigénothérapie de Rivalier.

Rivalier préfère au vaccin de Nicolle un antigène dont la spécificité lui paraît plus grande.

Préparation de l'antigène : Pour l'isolement du bacille, on emploie soit le milieu de Ch. Nicolle et Reenstierna (gélose au sang de lapin défibriné) soit le milieu de Durand (gélose au sang de mouton défibriné). Dès le troisième repiquage il est possible de cultiver le bacille sur de la gélose à laquelle on incorpore un tiers de son volume de sang humain défibriné.

La conservation est faite sur un milieu constitué d'un mélange à parties égales de bouillon et de sérum de lapin. Après quarante-huit heures d'étude, les tubes sont abandonnés à la température du laboratoire.

Pour rendre les cultures plus abondantes on ajoute au milieu, une macération de haricots secs dans trois fois son volume d'eau distillée.

L'antigène sera obtenu en utilisant soit la lyse des microbes à chaud dans une solution de soude, soit la technique analogue à celle de Besredka, pour la préparation des endotoxines microbiennes : « Les corps microbiens retenus et desséchés dans le vide sulfurique sont pesés à l'état sec et additionnés de chlorure de sodium desséché dans une proportion de 40%. Le mélange est soigneusement broyé pendant une heure dans un mortier d'agate; on ajoute à la poudre obtenue de l'eau distillé neutre en quantité telle que la suspension devienne isotonique. L'émulsion est abandonnée vingt-quatre heures, à la glacière, puis centrifugée. Elle représente une solution neutre, opalescente de protéines microbiennes qui, injectées dans le derme des chancelleux, permet d'observer avec le maximum d'intensité la réaction cutanée spécifique. »

Le produit ainsi obtenu est la streptobacilline brute. Elle est formée de :

1° Nucléoprotéines, mal tolérées par l'organisme.

2° Globulines seules spécifiques. Ce sont ces dernières qui séparées des nucléoprotéines, donnent la streptobacilline purifiée, que l'on emploie dans le traitement du chancre mou et de ses complications. La voie intramusculaire ou endoveineuse sera employée à doses n'excédant pas 1cm^3 .

Des phénomènes inflammatoires durables se produiront pendant deux ou trois jours, prolongeant ainsi l'effet thérapeutique, tout en étant bien tolérés.

Ces deux méthodes ont le très gros inconvénient d'obliger le malade à l'hospitalisation. En effet « les réactions générales ne peuvent la rendre utile au médecin praticien qui n'en fera qu'une méthode d'exception » (Le Coulant).

CONCLUSIONS

I. Malgré l'extrême virulence que possède le chancre mou de s'inoculer rapidement, la localisation extra-génitale est rare.

II. Toutes les parties du corps ne paraissent pas également réceptives, et en dehors de la zone génitale les téguments opposent une résistance efficace aux inoculations chancrelleuses : une solution de continuité des téguments est nécessaire.

III. Le chancre céphalique est généralement petit et de courte durée. Le chancre mou intra-buccal dure peu et guérit très facilement.

IV. Pour faire le diagnostic de chancre mou extra-génital se rappeler les signes particuliers à chaque localisation ; en particulier que : les chancres des muqueuses peuvent avoir des bords au même niveau que le fond de l'ulcération ; que les chancres des doigts sont extrêmement douloureux.

V. Le signe des « deux liserés » signalé par M. le Professeur Petges appartient en propre au chancre mou. C'est un des meilleurs pour différencier l'ulcération chancrelleuse du chancre induré et des autres ulcérations.

VI. La recherche du bacille de Ducrey devra être faite au niveau du liseré rouge entourant l'ulcération car c'est

là le nid de culture des strepto-bacilles ; ou au niveau des minuscules ulcérations rouges qui existent sur le fond de la lésion. L'intra-dermo-réaction au vaccin de Nicolle donne un résultat positif chez les malades porteurs de chancre mou, et aussi chez ceux qui en ont été antérieurement atteints.

VII. Penser au chancre mou en présence de plaies traînantes et qui résistent aux thérapeutiques usuelles.

VIII. Ne pas rejeter le diagnostic de chancre mou à la suite d'examens de laboratoires négatifs alors que les signes cliniques sont nets.

IX. Devant un chancre mou extra-génital, penser, bien que les cas soient extrêmement rares, à la possibilité d'un chancre mixte.

X. Les complications lymphatiques se rencontrent avec plus de fréquence dans les chancres mous génitaux, que dans les chancres mous extra-génitaux. Il semble que la localisation au tronc ne se complique jamais de bubon.

XI. Les chancres mous extra-génitaux étant dans la majorité des cas secondaires à une localisation génitale, l'hygiène au point de vue prophylaxie est le point capital.

XII. Devant un chancre compliqué de bubon, nous appliquerons le traitement vaccinal spécifique par le vaccin de Nicolle. Devant un chancre non compliqué, le traitement local, en particulier l'enfumage iodé sera préférable.

Vu :
Pour le Doyen,
l'Assesseur,
LABAT.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
G. PETGES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 juillet 1935.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE.

- Arnozan et Vigneron.** — « Du traitement de la chancelle et du bubon chancelleux par les applications d'eau chaude », *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 52, 26 juillet 1891, p. 579.
- Artigue.** — *De la chancelle en Algérie. Fréquence et formes clinique*, thèse de Montpellier, 1908.
- Anglade.** — « Chancre mou primitif de l'annulaire droit », Société anat. chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest, n° 11., avril 1934.
- Audry.** — *Précis élémentaire des maladies vénériennes*, Baillière, Paris, 1922.
- « De l'importance du chancre mixte », S. F. D. S., décembre 1896.
- « Bactériologie clinique du chancre mixte », *Gaz. heb. méd. et chir.*, 4 mars 1893.
- « Sur une épidémie de chancres simples », *Arch. Méd. de Toulouse*, 1897.
- Auregan.** — « Note sur le traitement du chancre mou non compliqué d'adénite », *Arch. Médecine Navale*, nov. 1917.
- Avon et Audier.** — « Chancre mou de la lèvre inférieure », *Marseille Médical*, mai 1929.
- Auzias Turenne.** — *Syphilisation*, 1851.
- Bagon.** — *Contribution à l'étude des ulcérations chancelleuses des doigts et de la main*, thèse de Paris, 1920.
- Balzer.** — « Traitement du chancre mou », *Paris Médical*, 1916, VI, p. 430.
- « Un cas de phagédénisme chancelleux », *G. F. D. S.*, 11 novembre 1897.
- Balzer et Belloir.** — « Chancre mou du médius traité par l'air chaud et suivi de raideurs articulaires », *Bull. de la Soc. de Dermatol.*, 1912.
- Balzer et Souplet.** — « Emploi du chlorure de zinc dans le traitement du chancre mou et du bubon », *Bull. Médical*, 30 sept. 1891, p. 899.
- Balzer et Dainville** (François). — « Chancre simple de la lèvre inférieure chez une ancienne syphilitique », *Société de Dermatologie*, 1905.
- Bardet.** — *Chancres extra-génitaux*, thèse Paris, 1900-1901.
- Bargues.** — « L'enfumage iodé », *Journ. de médéc. de Bordeaux*, 22 juin 1913.
- Barrio de Medina.** — « Chancros venereos extragenitales », *Soc. espanola de Dermat.*, 1920.

- Battut.** — « Chancres mous accidentels de la main », *Journ. des mal. cutanées*, mai 1905.
- Barthélemy.** — « Note sur le traitement du chancre mou et de son bubon », *Ann. mal. vénér.*, n° 7, juillet 1921.
- Baude.** — *Contribution à l'étude du chancre simple papuleux*, thèse de Lille, 1885, 1886.
- Bazin.** — *Contribution à l'étude des chancres mixtes, de leur fréquence, de leur diagnostic précoce. Des erreurs à éviter, des moyens proposés pour y remédier*, thèse de Paris, 1921.
- Behaegel.** — « Traitement du chancre mou », *Clinique, Bruxelles*, 1906.
- Benzegri (E.).** — *La chancrelle en Algérie*, thèse d'Alger, 1924.
- Berny.** — *Etude sur la fréquence du chancre mou*, thèse de Paris, 1927.
- Bertin et Gele.** — « Sur une épidémie de chancres mous à Lille », *Echo Méd. Nord*, Lille, 1900, IV, p. 293.
- Besredka.** — *Annales de l'Institut Pasteur*, Paris, 1924.
- Bizard et Sicard.** — « Reproduction expérimentale du chancre chez le singe », *Bull. de la Soc. de Biologie*, 1889.
- Bossert.** — *Du chancre mixte*, thèse de Bordeaux, 1919-20.
- Brault.** — « Note sur la chancrelle chronique des prostituées », *Bull. Soc. franç. de dermat. et syph.*, 3 février 1910.
- Buzard et Milian.** — « Chancre mou de la narine », *Bull. Soc. franç. de Dermat.*, 8 juillet 1920, p. 256.
- Bureau et Baron.** — « Chancres mous de l'auriculaire et du pouce », *Ann. des mal. vénériennes*, 1928.
- Bureau et Baron.** — « Chancres mous de l'index », *Annales des mal. vénériennes*, 1929.
- Canal.** — *Le vaccin antistrepto-bacillaire. Son emploi sur le chancre mou, et ses complications*, thèse de Paris, 1926.
- Carle.** — « Traitement chirurgical du chancre mou », *Semaine Médicale*, Paris, 1904.
- Carle et Lacassagne.** — *Précis des maladies vénériennes*. Collection Testut, Paris, Doin, 1927.
- Cassuto.** — « Une observation de chancre mou avec intra-dermo-réaction. Traitement par la vaccinothérapie intra-veineuse », *Arch. Inst. Pasteur*, Tunis, 1924.
- Charlier.** — « Deux cas de chancres mous guéris par les injections intra-veineuses de vaccin de Nicolle », *Biol. Médicale*, avril 1926.
- Chatin.** — *Chancres simples extra-génitaux*, thèse de Paris, 1900.
- Chevalier (P.).** — « Le chancre mou et son traitement », *L'Hôpital*, sept. 1921.
- Chevalier et Bernard.** — *Bulletin de Dermato et Syph.*, n° 1, janvier 1932.
- Créange.** — *Les chancres mous de l'anus et du rectum*, thèse, Paris, 1906.
- Danlos et Deroye.** — « Chancre mou de la main », *Bull. de Dermatol.*, 1907.
- Danlos et Lévy-Frankel.** — « Chancre mou de l'index », *Bull. de Dermatol.*, 1908.

- Darier et Roussy.** — « Chancre mou de la lèvre inférieure », *Bull. de la Soc. Dermat.*, 1904.
- Déjean.** — *Traitement du Bubon chancrueux par la vaccinothérapie spécifique*, thèse Bordeaux, 1931.
- Diday.** — *De la réinfection syphilitique*, 1852.
— *La pratique des maladies vénériennes*, Asselin et Houzeau, Paris, 1894.
- Druelle.** — « Le chancre mou de la cavité bucco-pharyngée », *Annales des mal. vén.*, t. V, n° 5, mai 1910.
- Dubreuilh (W.).** — « Pathogénie et traitement du bubon chancrueux de l'aîne », *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 mai 1914.
— « Sur une épidémie de chancres mous », *Journ. de méd.*, Bordeaux.
- Dubreuilh et Broustet.** — « Traitement des chancres mous et de leurs complications par le vaccin de Nicolle », *Ann. Dermat.*, octobre 1925.
— « Traitement des chancres mous et de leurs complications par le vaccin de Nicolle », *Bull. gén. de thérapeutique*, 1926.
- Dujardin et Ducré.** — « Un cas de chancrèce de la langue », *Ann. des mal. vén.*, août 1921, p. 502.
- Emery.** — « Quelques traitements simples et efficaces du chancre mou », *La Clinique*, Paris, 1906.
- Escat.** — « Traitement chirurgical du chancre mou », *Soc. de chir. de Marseille*, avril 1892-1893.
- Finger.** — *Syphilis et Maladies vénériennes*, 1909.
- Fleury.** — « Acquisitions récentes sur le chancre mou », *Gaz. des Hôpitaux*, décembre 1929.
- Forns.** — « Chancres simples phagédéniques de l'anus », *Ann. de Dermat. et syph.*, 1916-1917, p. 378.
- Fournier (A.).** — *Les chancres extra-génitaux*, Paris, Rueff, 1897.
- Fournier.** — « Du chancre simple », *Trib. méd.*, 1898.
— *Recherche sur la contagion du chancre*, 1857.
- Fournier et Lœper.** — « Chancre phagédénique du mollet », *Soc. franç. Dermatol.*, 1898.
- Francheschini.** — « Traitement du chancre mou », *Giorn. ital. di Mal. ven.*, 1907.
- Fuchs.** — *Traitement des manifestations chancrueuses par les injections du vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand*, thèse de Lyon, 1926.
- Galliot.** — « Sur le diagnostic du chancre mixte », *Journ. de Méd.*, Paris, Nov. 1925.
- Gaté et Giraud.** — « Double chancrèce du pubis avec bubon, sans lésion des organes génitaux », *Bull. de Dermat.*, décembre 1920.
- Gaston.** — « Chancres mous multiples », *Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, Paris, 1894.
- Gaucher.** — « Les maladies vénériennes pendant la guerre », *Bull. Acad. Méd.*, 28 mars 1916.
- Gaucher, Druelle, Jacob.** — « Auto-inoculation par grattage de chan-

- eres mous chez un malade atteint de gale et de phthiriasse (Chancre mou du poignet), *Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, 7 juil. 1910.
- Gaucher, Druelle.** — « Chancres mous de la langue et amygdale », *Bull. de Dermatol.*, 1909.
- « Chancres mous de la langue », *Soc. de Dermatol.*, 1910.
- Gaucher, Gougerot, Balzer.** — « Chancre du doigt. Guérison. Sclérose avec ankylose du doigt », *Soc. franç. de Derm. et Syph.*, 6 juin 1912.
- Gayet.** — « Auto-hémothérapie », *Presse méd.*, 28 févr. 1925.
- Géraudel et Ménard.** — « Chancre simple de la lèvre », *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 1909.
- Gobert et Jamin.** — « Recherche de l'intra-dermo-réaction de Reenstierna chez des sujets sains porteurs de chancres mous ou suspects d'en avoir été porteurs antérieurement », *Ann. Inst. Pasteur, Tunis*, octobre 1914.
- Gougerot (H.).** — « Saprophytisme des germes vénériens », *Journ. des Praticiens*, nov. 1917.
- « Chancres mous. Faits nouveaux », *Paris Médical*, 1912.
- « Notions nouvelles sur le chancre mou », *La Médecine*, 1919.
- « Chancre mou ecthymateux croûteux », *Ann. Mal. vén.*, juin 1927.
- Gravagua.** — « Reproduction expérimentale du chancre simple chez les animaux », *Il Tomassi*, 1906, n° 19.
- Griffon et Deherain.** — « Chancre mou de l'index », *Bull. Soc. Dermat.*, 1912.
- Hababou Sala, Pautier et Rietman.** — *Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syph.*, Séance de Strasbourg, 29 juillet 1924.
- Hababou Sala.** — *Nouvelles recherches sur le chancre mou avec vaccinothérapie locale*, thèse de Paris, 1924.
- *Monographie du chancre mou. Etude clinique et bactériologique*, Paris, Jouve, 1926.
- Hallopeau.** — « Une épidémie de chancres simples », *Bull. Soc. Derm.*, 1907.
- Hoffmann.** — « Chancres mixtes gangréneux de la lèvre et de la langue », *Dermat. Zeitsch.*, 1905.
- Hudelo.** — « Chancrelle gangréneuse », *Médecine*, nov. 1924.
- Hudelo et Bodineau.** — « Chancrelle des doigts par inoculation d'un chancre de la verge sur des plaies traumatiques », *Bull. Soc. Dermat.*, 1912.
- Hudelo, Duhamel, Drouineau.** — « La vaccinothérapie dans le chancre mou et ses complications », *Journ. des Praticiens*, mars 1926.
- Hudelo et Kaplan.** — « Chancres mous de la main et de la narine », *Soc. franç. de Dermat. et Syph.*, mars 1926.
- Hudelo et Rabut.** — « Variations de fréquence du chancre mixte », *Presse Méd.*, 29 août 1925.
- Isatschik.** — « Chancre du tronc », *Roussaia Medicina*, 1894, n° 31.

- Jeanselme et Sezary.** - *Précis de Syphiligraphie et des maladies Vénériennes*, 1925, Baillière.
- Jeanselme.** — « Contribution à l'étude du chancre céphalique », *Gaz. Hebd. de Méd. et chir.*, 1895.
- « Chancre primitif du médius droit », *Bullet. Méd.*, juillet 1909.
- Joulia, A. Petges, Sourreil,** — Chancre mou de l'annulaire droit évoluant depuis quarante jours avec bubon sus-épitrochléen.
- Jullien.** — *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1899.
- Jumeau-Lafond.** — *Chancre mou extra-génital*, thèse Bordeaux, 1920.
- Krassnov.** — « Contribution à la question des chancres mous extra-génitaux », *Annales des mal. vénér.*, mai 1933.
- Laroyenne.** — « Mémoires sur le chancre mou », *Annuaire lyonnais de la syphilis et des maladies de la peau*, Lyon, 1859.
- Lavergne.** — « Chancre mou papuleux », *Annales de Dermat. et Syph.*, 1883.
- Ledrain (P.).** — *Contribution à l'étude du chancre mixte*, th. Paris, 1922.
- Le Coulant.** — *Le chancre mou, réactions biologiques générales*, thèse Bordeaux, 1928.
- Le Petit.** — *Historique du chancre mou*, thèse de Paris, 1913-14.
- Lermoyez.** — « Chancre mou et condylome de l'anus », *Ann. Derm.*, 1883.
- Levy (G.).** — « Diagnostic bactériologique du chancre mou et la recherche du bacille de Ducrey », *Gaz. Méd.*, Paris, mai 1927.
- Lévy-Bing et Gerbay.** — « Un cas de chancrelle du doigt », *Annales des mal. vénér.*, mars 1919.
- Lévy-Bing et Durœux.** — « Deux cas de chancres de l'urèthre », *Annales mal. vén.*, juin 1919.
- Lormand.** — « La chaleur et le chancre simple », *Ann. de Derm.*, 1884.
- Lortat-Jacob.** — « Le chancre des gencives », *Progrès méd.*, déc. 1923.
- Lombardo.** — « Ulcera venerea serpigiosa della coscia », *Giorn. ital. di dermat.*, 43-46, 1931.
- Longe.** — « Bibliographie de l'enfumage iodé », *Marseille Méd.*, 1920.
- Louste, Ducourtioux et Lotte.** — « Chancre mou du col utérin », *Bull. S. F. D. S.* 1927.
- Mandel.** — Réunion dermatologique de Strasbourg, séance du 8 mars 1925, Comptes rendus de la Soc. de Dermat. et Syph.
- Massia et Lacassagne.** — « Bubons chancrelleux extragénitaux », *Paris Méd.*, avril 1922.
- « Chancres mous de l'extrémité du médius », *Bull. Dermat.*, 1919.
- Mauriac.** — *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1883.
- Milian.** — « Chancre mou du doigt. Inoculation professionnelle accidentelle par le pus d'un bubon », *Ann. de Dermat. et syph.*, 1918.
- « Les plaies qui traînent », *Paris Méd.*, 1919.
- « Formes cliniques du chancre mou », *Journ. des praticiens*, mai 1923.

- Milian et Brizard.** — « Chancre mou de la narine », *S. F. D. S.*, juillet 1920.
- Milian et Lenormand.** — « Chancre mou phagédénique de la paroi abdominale qualifié lympho-granulomateuse datant de 27 mois, guéri en 15 jours par hétérothérapie », *Bull. S. F. D. S.*, 1927.
- « Chancres mous des muqueuses linguale et labiale », *Revue française de Dermat. et Syph.*, avril 1931.
- « Chancres mous géants des doigts et de la main », *Ann. des mal. vénér.*, décembre 1918.
- Milada Bezecna.** — « Chancre mou du genou », *Ceska Dermatol.*, avril 1932.
- Maurisson et Jeansion.** — « Chancre mou géant de la cuisse », *Maroc Médical*, 1922.
- Mimassian (P.).** — « Chancres simples multiples primitifs de la langue », *Giorn. ital. de mal. ven.*, 1920, p. 560
- Moiraud.** — « De l'emploi de l'enfumage iodé dans la thérapeutique des maladies vénériennes », *Mars. Médical*, 1919.
- Mondain.** — *Traitement du chancre mou par le vaccin de Nicolle*, thèse de Bordeaux, 1926-27.
- Montilier.** — *Le chancre mou et son traitement*, thèse de Paris, 1889-1890.
- Montome.** — « Allergie cutanée dans les ulcus vénériens », *Journ. Méd. militaire*, août 1933.
- Montpellier.** — « Chancre mou de la langue », *Bull. S. F. D. S.*, avril 1926.
- Montpellier et Benzecri.** — « Les formes cliniques de la chancrelle chez l'indigène algérien », *Ann. Mal. Vét.*, 1924.
- Montpellier et Bonomo.** — « Nouveau cas de chancrelle de la langue », *Ann. Mal. Vénér.*, août 1929.
- Mongovius.** — « Quelques mots sur le chancre mou », *Biloronoskaia Medizinskaia Mysl*, n° 1, janvier 1928.
- Nicolas et Lacassagne.** — « L'intra-dermo-réaction dans les manifestations chancrélleuses par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand », *Bull. franç. Dermat. et syphil.*, n° 8 nov. 1926.
- Nicolle.** — *Recherches sur le chancre mou*, thèse de Paris, 1893.
- « Reproduction expérimentale du chancre mou chez le singe », *Presse méd.*, novembre 1899.
- « Trois observations de malades atteints de chancres mous simples ou compliqués », *Arch. Inst. Pasteur*, Tunis, octobre 1924.
- Palazy.** — *Contribution à l'étude des complications lymphatiques des chancres mous extra-génitaux*, thèse Lyon, 1920.
- Parkhurst.** — « Extra genital chancroidal infection », *Detroit Derm. Soc.*, nov. 1924.
- Patts.** — « Report of case of cephalic chancroid », *Journ. of the Amer. med.*, section Dermatol., dec. 1921.

- Pautrier.** — « Sur les lésions survenant à la suite d'intra-dermo-réaction », *Bull. S. F. D. S.*, 1928.
- Payenneville.** — « A propos de la grande fréquence des chancres simples et de l'importance de leur diagnostic bactériologique précoce », *Bull. Méd.*, 10 avril 1920.
- Petges.** — « Note sur le traitement des chancres mous », *Gaz. Hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1911, p. 87.
- Petges, Gratiot, Cottu.** — « Traitement du chancre mou et du bubon ouvert par l'enfumage iodé », *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1918.
- Petges.** — « Sur un signe méconnu du chancre mou », *Bull. Dermatol. et Syph.*
- Petges et Lecoulant.** — « Un cas de chancre mou du col utérin », *Journ. Méd. de Bordeaux*, février 1927.
- Photinos.** — « Chancre de la langue », *Bull. de Dermatol. et Syph.*, novembre 1934.
- Pinard et Alpern.** — « Chancre de la lèvre inférieure », *Bull. de Dermat.*, novembre 1934.
- Pospelow.** — « Chancres du tronc et du mamelon », *Atlas intern. des mal. de la peau*, 1889.
- Puche.** — « Chancres de l'épaule », *Union Médic.*, 1853.
- Queyrat.** — « Chancre mou de l'index », *Bull. et Mém. de Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 8 décembre 1911.
- Queyrat et Bricout.** — « Chancre mou de l'index », *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 1908.
- Queyrat et Pinard.** — « Chancre mou extra-génital », *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 1908.
- « Chancre mou de la lèvre », *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, février 1913.
- Queyrat et Rouillaud.** — « Chancre simple du doigt chez un syphilitique ayant fait croire à un accident tertiaire », *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, nov. 1911.
- Ravaut et Bord.** — « L'ascite chancrelleuse », *Presse Méd.*, mai 1909.
- Ravaut et Vibert.** — « Chancre mou géant de la paroi abdominale. Guérison par Dmelcos insuccès du même traitement sur la chancrelle de réinoculation », *Bull. S. F. D. S.*, juin 1925.
- Riou.** — « Chancres mous de la jambe », *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1933.
- Reenstierna.** — « Essai de vaccination préventive par l'emploi des cultures mortes du bacille de Ducrey contre l'infection streptobacillaire et la peste », *Arch. Inst. Pasteur*, Tunis, juillet 1923.
- « Nouvelles recherches sur le chancre mou », *Arch. Inst. Past.* Tunis, décembre 1923.
- « Recherche sur le bacille de Ducrey : 1° Préparation et propriétés d'un sérum antistreptobacillaire; 2° Cuti-réaction, son application au diagnostic », *Arch. Inst. Pasteur*, Tunis, décembre 1923.
- Ricord.** — *Leçons sur le chancre*, 1860.

- Rivalier.** — « Recherches récentes sur l'infection chancrèlleuse », *Revue franç. Dermatol. et Vénér.*, n° 1, janvier 1925.
— « Antigénotherapie du chancre mou », *Revue franç. de Dermato. et Vénér.*, n° 2, p. 70, février 1928.
- Rollet.** — *Etudes cliniques sur le chancre*, 1859.
- Sauvage.** — *Sur le traitement du chancre mou*, thèse de Bordeaux, 1921.
- Serre.** — *Traitements anciens et nouveaux du chancre mou*, thèse de Paris, 1925.
- Seillag.** — « Chancre mou de l'index droit avec lymphangite », *Arch. für Derm.*, 1898.
- Siebert.** — « Chancre du doigt », *Medizinisch Klinik*, 1905.
- Spontanelli.** — « Chancre mou de la commissure labiale gauche », *Giorn. Ital. della Mal. Ven.*, 1919.
- Teissier, Reilly, Rivalier.** — « Réaction de fixation au cours de l'infection chancrèlleuse », XVIII^e Congrès Médical de Nancy, juillet 1925.
— « Recherches expérimentales sur les infections chancrèlles », *Journ. de Physio. Path. Gén.*, 1927.
- Thibierge et Legrain.** — « Contribution au diagnostic du chancre mixte », *Presse Méd.*, 16 juillet 1921.
- Thibierge et Ravaut.** — « Chancre expérimental de la paupière chez le singe », *Bulletin et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, juin 1905.
- Touraine, Lortat, Jacob.** — « Phagédénisme chancrèlleux de la cuisse », *Bull. de décembre* 1932.
- Truffi.** — « Chancre mou de la main », *Gior. Ital. della Mal. Vene.*, 1911.
- Tonian Roussky.** — « Chancres mous de la main et du bras pris pour des boutons d'Orient », *Vestnik Dermatologii*, t. VIII, n° 10, décembre 1930.
- Vedel.** — « Chancre mou du mollet », *Montpellier médical*, 1921.
- Vedel et Baumel.** — « Chancre mou du doigt », *Montpellier Médical*, 1912.
— « Chancre mou de la jambe », *Montpellier Médical*, 1912.
- Venturi.** — « Allergie cutanée dans l'infection par le Bacille de Ducrey », *Dermato Sifilograf*, octobre 1929.
- Vignes.** — « Chancre mou de la conjonctive bulbaire », *Presse Méd.*, juillet 1899.
- White et Dujardin.** — « 227 cas de chancres extra-génitaux », *Arch. Méd. Belges*, septembre 1922.

Bordeaux. — Imprimerie J. BIÈRE, 18, rue du Peugue. — 1935.
